
Cres cat Sci entia
Vita Exco latur



Die

Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift

für die

gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

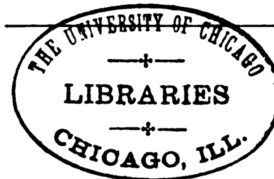
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

35. Jahrgang 1918

Berlin-Lichterfelde
Verlag der „Arbeiter-Versorgung"

Übersicht
der in den folgenden Verzeichnissen gebrauchten Abkürzungen.

AG. = Amtsgericht.
AV. = Angestelltenversicherung.
AVG. = Angestelltenversicherungsgesetz.
Bek. = Bekanntmachung.
BG. = Berufsgenossenschaft.
BKK. = Betriebskrankenkasse.
Besch. = Bescheid.
Beschl. = Beschluß.
Entsch. = Entscheidung.
Entschl. = Entschließung.
Erl. = Erlaß.
G. m. b. H. = Gesellschaft mit beschränkter Haftung.
IV. = Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.
KK. = Krankenkasse.
KV. = Krankenversicherung.
LG. = Landgericht.
LKK. = Landkrankenkasse.
LVA. = Landesversicherungsamt.
LVAnst. = Landesversicherungsanstalt.
OKK. = Ortskrankenkasse.
OLG. = Oberlandesgericht.
OVA. = Oberversicherungsamt.
OSG. = Oberschiedsgericht.
Rek. = Rekurs.
Rev. = Revision.
RG. = Reichsgericht.
RVA. = Reichsversicherungsamt.
RVAnst. = Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.
RVO. = Reichsversicherungsordnung.
SG. = Schiedsgericht.
Urt. = Urteil.
UV. = Unfallversicherung.
VA. = Versicherungsamt.
VAnst. = Versicherungsanstalt.



Verzeichnis der Abhandlungen und Sprechsaal-Erörterungen.

I. Allgemeines oder für mehrere Gebiete Gemeinschaftliches.

Seite

Baum, Regierungssekretär, Kann auch im Beschlußverfahren des OVA. der Vorsitzende eine Vorentscheidung erlassen? 253
Brunn, Landesrat Dr., Die Reorganisation des preuß. Herrenhauses und die Träger der sozialen Versicherung 7
—, Die Rentenleistungen der AV. im Vergleich mit denen der IV. 361
Dittmann, Jul., Gehören Kriegsbeihilfen zum Entgelt? 231
Ebert, Magistratsassessor Dr., Ist die Neufestsetzung der Ortslöhne unter den heutigen Verhältnissen durchführbar? 184
Eckert, Verwaltungssekretär, Versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis oder versicherungsfreie Selbständigkeit bei gewerblichen Kleinunternehmern 328
Eibl, Kassenverwalter, Vereinbarungen über Meldungen nach § 317 Abs. 3 RVO. 697
Fischer, Dr. jur. Arthur, Die Stellung der Ausländer nach der RVO. und den Kriegsverordnungen 681
Hahn, Geh. Justizrat, Amtsenthebung von Mitgliedern der Organe der Versicherungsträger wegen Untauglichkeit 72
Heine, Rechtsanwalt, Zulässigkeit der Bestrafung von Betrieben und Firmen als solche . 245
—, Regierungsrat, Gilt § 1598 RVO. auch für das erweiterte Einspruchsverfahren? Die Berufsgenossenschaften und das Einspruchsverfahren 625
Hoffmann in Bochum, Kriegszuschlag zu Unfall- und Hinterbliebenenrenten 35
—, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr., Zum Beschwerdeverfahren der RVO. 161
—, Zur Befreiung landwirtschaftlicher Arbeiter von der Krankenversicherungspflicht 661
Jaeger, Versicherungsamtmann Dr., Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung . . 441, 461, 483
Illing, Landesrat, Haftung der Versicherungsträger für eingebrachte Sachen der von ihnen in Heilstätten untergebrachten Kranken . 421
Israel, G. (Pressekommission der Dentisten im Deutschen Reich), Behandlung von Zahnkrankheiten durch Dentisten 334
Kobler, Oberregierungsrat, Einige Bemerkungen über ärztliche Gutachten 41
—, Der Umfang der Zeugnispflicht und die RVO. 274
Lehmann, W. in Erfurt, Der Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger nach § 1542 RVO. 61
Manes, Prof. Dr. phil. et jur., Richtlinien für die zukünftige Sozialpolitik der Mittelmächte 321
—, Bedenkliche Reklame in der Sozialversicherung 335
Mleinek, Clara, Zur Bewegung gegen die Sonderversicherung der Privatangestellten . . 104
Präsident des Direktoriums der RV.-Anst., Zur Bewegung gegen die Sonderversicherung der Privatangestellten 101
Reif, Verbandsvorsteher, Zur Bewegung gegen die Sonderversicherung der Privatangestellten 102
Schell, Vorsteher des VA. Mainz, Die versicherungsrechtliche Stellung der Mitglieder einer Schlachtungsgesellschaft 133
Sehm, Sekretär, Beitragsüberwachung . . . 175
Ungenannt (Verwaltungsbeamter), Fortentwicklung der sozialen Versicherung nach dem Kriege 341
—, Russische Polen als feindliche Ausländer? . 353
—, Die Arbeiter-Versorgung im neuen deutschen Volksstaat 641
Wesener, R., Beitragskontrolle 12
Wörner, Prof. Dr. jur., Die Beglaubigung der Rentenquittungen im Kriege 73
Wohlers, Referendar und Hilfsarbeiter, Versicherungspflicht und Kriegsbeschädigte . . . 717
Ziegler, Syndikus Dr., Erhöhung der Ortslöhne 532

II. Krankenversicherung.

Seite

Behrend, Oberregierungsrat Dr., Über Zahnkrankheiten von Krankenkassenmitgliedern . . 142
Brücker, Geschäftsführer, Die Neuregelung der hausgewerblichen KV. 642
Eibl, Kassenverwalter J., Anstaltspflege für Wöchnerinnen 433
Erbe, Dr., Kriegswochenhilfe bei gänzlicher und teilweiser Erwerbsunfähigkeit des Mannes 657
Fuisting, Regierungsrat, Die LKKn. und ihre Leistungen 561
Grunow, Verwaltungsdirektor A., Die freiwillig Versicherten und die neuen Lohnklassen 181
Hahn, Geh. Justizrat, Zur „Füllung der Rücklage" bei KKn. 121, 346
—, Die oberen Grundlohngrenzen bei den KKn. 242
—, Die oberen Grundlohngrenzen (§ 180 RVO.) 412
Hahn, Geh. Justizrat, Zur Unterscheidung zwischen Heilmitteln und Mitteln des Lebensbedarfs oder ähnlichen Leistungen 481
—, Zur Verordnung vom 22. Novb. 1918 über Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht und -berechtigung 701
Heine, Regierungsrat, Zur Beitragszahlung nach § 397 Abs. 1 RVO. 297
Hoffmann, Geh. Oberregierungsrat Dr., Kriegsteilnehmer als Kassenmitglieder . . . 501
—, Zur Kassenzugehörigkeit der Bauarbeiter . . 581
Jaeger, Dr., Versicherungsamtmann, Die Bek. vom 22. November 1917 über KV. und Wochenhilfe während des Krieges 1
Kleeis, Friedr., Wie soll das Krankengeld nach den Familienverhältnissen der Versicherten abgestuft werden? 125
Kobler, Oberregierungsrat, Die Krankheit, ihr Beginn und ihr Ende 601

III. Unfallversicherung.

Seite

Fischer, Dr. jur. Arthur, Zur Ausführung der Verordnung über Zulagen zu Unfallrenten . 373
—, Die Teuerungszulagen der Unfallrentner . 201
Fleischauer, Senatspräsident Walter, Haben die BGen. bereits ein Recht auf „Arbeitstherapie" gegenüber den Unfallverletzten? . 401
Jaeger, Versicherungsamtmann Dr., Zweifelsfragen bei der Ausführung der Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der UV. 221
—, Zur Ausführung der Verordnung über Zulagen zu Unfallrenten 264
Keim, Stellvertr. Vorsitzender, Unfälle der Nachtwächter und ihre Entschädigung . . . 392
Kleeis, Die Unfallfürsorge für Gefangene . . 707
Meer, Heinrich von, Direktor des OVA. Trier, Die Teuerungszulage für Empfänger von mehreren Unfallrenten 381
Stümper, Dr., K. Bezirksassessor, Die Rechtskraft berufsgenossenschaftlicher Entscheidungen über die Aufnahme in das Betriebsverzeichnis 21
Ungenannt, Die Zulagen zu den Verletztenrenten aus der UV. 197

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

Brunn, Landesrat Dr., IV. und Bevölkerungspolitik 621
—, Über die Anrechnung militärischer Dienstleistungen in der IV. 634
Düttmann, Geh. Oberregierungsrat, Die Zulagen zu den Renten der IV. 81
—, Zum Ausbau der IV. 301
Eibl, Kassenverwalter, Krankheitsbescheinigungen für die IV. 392
Kleeis, Friedr., Die „Zeitrenten" in der IV. 384
Peßl, Regierungsassessor von, Zur Prüfung der Rentenberechnung 633
Quatmann, Kontrollinspektor, Vorschläge zur Vereinfachung der Rentenberechnung . . . 505
Seelmann, Landesrat, Die Zeitrenten in der IV. 521
Streichan, Stadtsekretär, § 1253 RVO. und die Kriegsteilnehmer 195
Wimmer, Landesrat, Die freiwilligen Leistungen der Träger der IV. unter dem Einfluß der Verordnung über die Rentenzulagen . . 165

V. Angestelltenversicherung.

Seite

Jaeger, Versicherungsamtmann Dr. H., Die Ausdehnung der Versicherungspflicht in der AV. 541

VI. Sonstiges.

Seite

Hartmann, Dr., Zur Frage der Erhöhung der ärztlichen Gebühren 261
Reuscher, Geh. Regierungsrat Dr. jur., Der Kampf gegen den Geburtenrückgang, seine Aussicht und seine Zukunft 281

Mitteilungen. Kurze Erörterungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

Seite

Die Militärrenten für Knappschaftskassenmitglieder 13
Petitionen zur sozialen Versicherung 13
Studentische Sozialversicherung 14
Von der Sozialversicherung der Schweiz . . . 16
Eine Denkschrift über die Angliederung der AV. an die IV. 53
Über die Behandlung von Heilverfahrensanträgen Doppeltversicherter 97
Keine Rentenzulagen aus Reichsmitteln . . . 135
Wünsche zur Sozialversicherung an den Reichstag 214
Mitteleuropäische Sozialversicherung 354
Die Sozialversicherung vor dem Reichstag . . 355
Die Kinderrenten in der Sozialversicherung und die Reichsregierung 375
Die soziale Versicherung in Belgien 396
Das RVA. im Jahre 1917 . . . . . . 413, 434
Die Sozialversicherung in der Bevölkerungspolitik 458
Die Arbeiterversicherung in den neuen Oststaaten und auf dem Balkan 497
Zum Abkommen zwischen der RVAnst. mit den Krankenkassenverbänden 614
Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke . . 635
Bleibt die AV.? 698

II. Krankenversicherung.

Seite

Krankenzuschußkassen für Staats- und Gemeindebeamte 14
Gebühr für ärztliche Zeugnisse zur Erlangung von Nahrungsmitteln 36

Seite

Wiederherstellung von Lebens- und Krankenversicherungen . . . 36
Zur Bek. v. 22. Nov. 1917 über KV. und Wochenhilfe während des Krieges 54
Weitere Ausgestaltung des bargeldlosen Zahlungsverkehrs bei den KKn. 57
Ausbildung von Kriegsbeschädigten für den Krankenkassendienst und Anstellungsaussichten 75
Mitteilung der Satzung an die Kassenmitglieder 76
Der gegenwärtige Stand der Kassenvereinigungen und Kassenverbände 112
Krankenkassen-Zentrale in Bremen 115
Die KV. der Dienstboten in Hamburg . . . 116
Die Vereinbarungen zur Durchführung der §§ 219, 220, 222 RVO. 116
Teuerungsforderungen der Ärzte 135
Bestrebungen zur Errichtung einer allgemeinen Beamten-Krankenversicherung 156
Wiedereintritt Weiterversicherter (§ 313 RVO.) in eine höhere Stufe 157
Die KV. in Polen 178
Zur Übersicht der bestehenden Kassenvereinigungen und Kassenverbände 196
Die Lippischen Zieglerkrankenkassen 214
Ein diagnostisches Institut 232
Neuaufnahme der Löhne der Versicherten bei den KKn. 232
Über die Wirkung der Reichswochenhilfe . . . 233
Erhöhung der ärztlichen Gebühren bei bayerischen KKn. 337
Die Ruhegehaltsversorgung der Kassenangestellten im Wege der Versicherung 338
Die Teuerungszulagen zum Kranken- und Wochengeld in der Praxis 338
Gesunde Ortskrankenkassen 339
Zum Ablauf der Verträge zwischen KKn. und Ärzten 359

Seite

Reichswochenhilfe in München 393
Zur Belastung der KKn. durch die freiwillig Versicherten 394
Verband der Betriebskrankenkassen 415
Der Allgemeine Verband deutscher LKKn. . . 416
Jahresversammlung der Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung deutscher KKn. 416
Verteilung der Mitglieder der Allgem. OKK. der Stadt Berlin nach Alter und Lohnstufen (1917) 436
Zur Fahrpreisermäßigung für Mitglieder von KKn. 459
Das Interesse der KKn. am Branntweinmonopol 459
Die Tagungen der großen Kassenverbände . . 474
Zum Abkommen zwischen der RVAnst. und den KKn. 477
Der Landesverband der OKKn. Hamburgs . . 495
Die Ruhegehalts- und Hinterbliebenenversicherung der KKn.-Angestellten 495
Krankenkassen und Ärzte 514
Der Landesverband bayerischer OKKn. . . . 516
Statistisches von OKKn. 516
Vorsätzliche Zuziehung einer Krankheit? . . . 518
Verband der Krankenunterstützungskassen selbständiger Handwerker 554
Die Tagungen der großen Kassenverbände . . 555
Die OKKn. im Jahre 1917 . . . . . . 557, 574
Enthebung eines Kassenvorstandes gemäß §§ 24, 14 Abs. 2 RVO. 577
Zur Erhöhung der ärztlichen Gebühren . . . 577
Der dienstälteste Beamte aller KKn. Deutschlands 597
Das Krankenkassenwesen Groß-Berlins . . . 614
Die KV. in Polen 636
Der „Versicherungsverein Deutscher Krankenkassen“ 719
Abführung von vier Fünfteln der Arbeitgeberbeiträge 719

III. Unfallversicherung.

Seite

Arbeiter als Aufsichtspersonen in der Unfallverhütung 176
Die UV. im Jahre 1916 234
Realkreditgewährung durch die BGen. 498
Berufskrankheiten und UV. 534

Seite

Eine Gesamttagung der landwirtschaftlichen BGen. 556
Die Berufsgenossenschaften im Jahre 1917 594, 657
Alkoholgenuß und Unfallgefahr 597

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

Soziale Kriegsinvalidenfürsorge in Thüringen . 15
Die IV. im Jahre 1916 37
Über die örtliche Zuständigkeit des VA. im Feststellungsverfahren 56
Versammlung der LVAnsten. zu Leipzig am 19. Januar 1918 74
Zur Erläuterung der Bek. v. 3. Januar 1918 über Rentenzulagen in der IV. 74
Änderungen der die IV. regelnden Bestimmungen der RVO. 97

Seite

Heilbehandlung und Krankheitsverhütung durch die IV. 136
Förderung der Ansiedlung von Versicherten durch die LVAnst. 138
Die Zunahme der Altersrente infolge der Herabsetzung der Altersgrenze 157
Die IV. im Jahre 1916 253
Rückforderung zu Unrecht gezahlter Unterstützungen von Kriegerfrauen 535

V. Angestelltenversicherung.

Seite

Verfall und Aufrechterhaltung der Anwartschaft auf die Leistungen der AV. 15
Beginn der Rentenzahlung in der AV. 54
Die AV. bei der Rückkehr aus dem Auslande . 77
Die ersten allgemeinen Renten aus der AV. . . 77
Anstellung und Besoldung der Beamten der RVAnst. 77

Seite

Antrag auf Erhöhung der Verdienstgrenze für die Versicherungspflicht der AV. 77
Die ersten Renten aus der AV. 97
Merkblatt des Direktoriums der RVAnst. über: A. Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragszeiten für die AV. und B. Rückzahlung der für Kriegsdienstzeiten entrichteten Beiträge 155

Seite
Keine Vermehrung der Rentenausschüsse . . . 177
Über die Erhöhung der Grenze des versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienstes in der AB. 395
Die Wohnungsfürsorge der RVAnst. 437
Aus dem Berichte der RVAnst. (1917) 496
Ein Briefwechsel in eigener Angelegenheit . . 637

VI. Aus verschiedenen Gebieten.

Seite
Massenrückwanderung aus Amerika nach dem Krieg? 17
Salvarsan und Kapital 58
Beginn der Geltung einer mit der Verkündung in Kraft tretenden Verordnung 98
Über Kriegsnervenleiden und ihre Behandlung 137
Zur Bekämpfung der Tuberkulose 137
Arbeitsgemeinschaft der Archive für Kriegswohlfahrt 157
Gesetzliche Regelung der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten 177
Eine Reichsorganisation für die Wohnungsfrage der Privatangestellten 215
Erhöhung der Gebühren für Ärzte in Württemberg 232
Angestellten- oder Arbeitskammern 336
Über die Rückgabe der gebrauchten Arzneigläser 339
Die Wohnungsfürsorge nach dem Kriege . . . 374
Bestrebungen des deutschen Ärztevereinsbundes 476
Von „niedrigeren Arbeiten" 478
Privatangestellte und Wohnungsfrage 533
Das „Reichsarbeitsamt" 613
Das Ende des Hinterbliebenenversicherungsfonds 615
Zur Erhöhung der ärztlichen Gebühren . . . 635
Gebühren für ärztliche Lebensmittelerzeugnisse 657
Geschäftsbericht des Reichsarbeitsamts . . . 657
Internationaler Arbeiterschutz in den Friedensverträgen 658
Die Wohnungsfrage nach dem Kriege 677
Die Neuregelung der Kriegsfamilienunterstützung vom 1. November an 678
Die Anstellungsverhältnisse der Sozialbeamtinnen 678
Schwerbeschädigte Kriegsteilnehmer in der Industrie 698
Vereinbarung der Arbeitgeberverbände mit den Gewerkschaften 698

Gesetzgebung und Verwaltung.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

Seite

1917.

Besch. des RVA. — Kriegsbeschädigte in Werkstätten einer Invalidenschule nicht versicherungspflichtig — vom 27. November 1917 . 107
Besch. des preuß. Kriegsministeriums betr. zur Arbeit beurlaubte oder kommandierte Soldaten, vom 3. Dezember 1917 92

1918.

Erl. der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. betr. Wert der Sachbezüge (RVO. § 160 Abs. 2), vom 12. Januar 1918 106
Besch. des RVA., betr. Feststellung, ob eine Militärperson beurlaubt oder kommandiert ist, vom 10. März 1918 406
Erl. der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. betr. Festsetzung der Ortslöhne vom 2. August 1918 547
Bek. des Reichskanzlers über die Verjährungs- und Vorlegungsfristen vom 31. Okt. 1918 . 652
Verordnung des Rats der Volksbeauftragten über Forterhebung der Pauschbeträge, die von den Versicherungsträgern zu den Kosten der Oberversicherungsämter zu erheben sind, vom 12. November 1918 670
Erl. des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe — Versicherungsbehörden und Versicherungsträger in den vom Waffenstillstands-Abkommen betroffenen Gebieten des Rheines — vom 25. November 1918 709

II. Krankenversicherung.

Seite

1917.

Verzeichnis der vom RVA. auf Grund des § 514 Abs. 1 RVO. zugelassenen Ersatzkassen, Nachtrag. Vom 26. Okt. 1917 10
Erl. des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe betr. Rechnungsnachweisungen der KKn. für 1918, vom 7. Dezb. 1917 68
Entschl. des bayer. Staatsministeriums vom 28. Dezb. 1917 107

1918.

Besch. des RVA. — Kriegswochenhilfe, wenn die Eltern im neutralen Auslande leben und das Kind dort geboren ist 573
Besch. des OVA. Groß-Berlin — Auskunftspflicht der Angestellten einer BKK. gegenüber dem Arbeitgeber (G. 590/18) 432
Besch. des Reichskanzlers betr. Kriegswochenhilfe für „minderbemittelte" Wöchnerinnen, vom 13. Jan. 1918 148
Besch. des preuß. Ministers für Handel usw. — Bestimmungen der Dienstordnung — vom 23. Jan. 1918 270
Besch. des Reichswirtschaftsamts betr. Bedeutung der Erhöhung der Obergrenzen des Grundlohns nach der Bek. vom 22. Novb. 1917, vom 5. Febr. 1918 190
Erl. der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. betr. Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge für Kassenangestellte, vom 21. Febr. 1918 193
Erl. des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe betr. Teuerungszulagen für Kassenangestellte vom 22. Febr. 1918 193

Seite

Erl. des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe betr. Rechnungsnachweisungen der KKn., vom 25. Febr. 1918 193
Bek. des Reichskanzlers betr. KV. und Wochenhilfe während des Krieges, v. 17. März 1918 209
Schreiben des Reichswirtschaftsamts zur Erläuterung der Bek. v. 17. März 1918 betr. KV. und Wochenhilfe während des Krieges, vom 20. März 1918 . . . . 242, 248
Entschl. des bayer. Staatsministeriums des Innern vom 5. April 1918 . . . . . 243, 249
Erl. des bayer. Staatsministeriums des Innern — Zuständigkeit für Anträge auf Kriegswochenhilfe — vom 13. April 1918 331
Erl. des bayer. Staatsministeriums des Innern — Kriegswochenhilfe für Ehefrauen von Kapitulanten — vom 1. Mai 1918 295
Besch. des Reichswirtschaftsamts über Vergütung für ärztliche Behandlung auswärtiger Kassenmitglieder, vom 15. Mai 1918 432
Besch. des OVA. Groß-Berlin über Berücksichtigung der Sonntagsarbeit bei der Beitragsberechnung, vom 22. Mai 1918 433
Runderlaß des preuß. Kriegsministers — Krankenpflege für Versicherte, die von der Heeresverwaltung beurlaubt sind — vom 29. Mai 1918 549
Besch. des bayer. Staatsministeriums des Innern — Kriegswochenhilfe nach der Bek. vom 23. April 1915; Berechnung des Gesamteinkommens der Eheleute — vom 15. Juli 1918 550
Verordnung des Herzogl. S. Staatsministeriums in Gotha über Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen, vom 8. August 1918 630
Erl. des bayer. Staatsministeriums des Innern über Kriegswochenhilfe bei Urlaub des Kriegsteilnehmers, vom 27. August 1918 573
Verf. des Regierungspräsidenten in Düsseldorf über Verlängerung der Verträge mit Ärzten, vom 27. Sept. 1918 671
Erl. des bayer. Staatsministeriums des Innern betr. Kriegswochenhilfe, minderbemittelte Ehefrau, vom 24. Okt. 1918 653
Erl. des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe betr. Zusammenarbeiten der KKn. mit den Fürsorgestellen für Lungenkranke, vom 9. Novb. 1918 714
Verf. des VA. Görlitz über Rechtsfolgen der Aufhebung des Hilfsdienstgesetzes, vom 14. November 1918 671
Verordnung des Rats der Volksbeauftragten über Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der KV., vom 22. Novb. 1918 694

III. Unfallversicherung.

Seite

1918.

Bek. des Reichskanzlers über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der UV., vom 17. Januar 1918 70
Bek. des Reichskanzlers über die Ausführungsbehörden und die Ausführungsbestimmungen für die UV. von Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst im Ausland, vom 19. Januar 1918 110
Ausführungsbestimmungen zur Bek. vom 17. Januar 1918 über Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der UV., vom 24. Januar 1918 . . . . 95, 194
Bek. des Reichskanzlers über verstärkte Heranziehung kriegswichtiger Betriebe und über Beitragsvorschüsse zur UV., v. 11. Febr. 1918 132
Bek. des Reichskanzlers über Erleichterung des Erlasses berufsgenossenschaftlicher Unfallverhütungsvorschriften, vom 19. Febr. 1918 . . 194
Runderlaß des RVA. — Zur Gewährung von Rentenzulagen aus d. UV. — v. 26. Mai 1918 492
Besch. des RVA. — Vertreter der Versicherten als Mitglieder der „besonderen Kommissionen" zur Feststellung der Leistungen (§ 1569 RVO.) — vom 28. Mai 1918 594
Bek. des Reichskanzlers über Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes in der landwirtschaftlichen UV., vom 30. Sept. 1918 608
Bek. über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallfürsorge für Gefangene, vom 3. Okt. 1918 609

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

1918.

Bek. des Reichskanzlers über die Gewährung von Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente aus der IV., vom 3. Januar 1918 52
Ausführungsbestimmungen des RVA. zur Bek. des Reichskanzlers betr. Zulagen an Rentenempfänger, vom 5. Januar 1918 53
Bek. des Reichskanzlers über Erhaltung von Anwartschaften und Antragsrechten in der IV., vom 28. März 1918 229
Verordnung des Rats der Volksbeauftragten über die Weitergewährung von Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente aus der IV., v. 13. Novb. 1918 674
Erl. des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe betr. Vergütung für die Quittungskartenausgabe, vom 14. Novb. 1918 716

V. Angestelltenversicherung.

Seite

1918.

Bek. des Reichskanzlers über Verlängerung von Fristen in der AV., vom 28. März 1918 . . 231
Bek. des Reichskanzlers über Ausdehnung der Versicherungspflicht in der AV., v. 28. August 1918 552
Besch. des Direktoriums der RVAnst. — Verband der Vertrauensmänner — v. 5. Okt. 1918 675

VI. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Seite
Bek. über Unpfändbarkeit von Kriegsbeihilfen und Teuerungszulagen, vom 2. Mai 1918 . . 314
Königl. Bayer. Verordnung über Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis, vom 27. Juli 1918 554
Bek. des preuß. Ministers des Innern betr. Abänderung der Gebührenordnung für Ärzte, vom 7. August 1918 553
Bek. des preuß. Ministers des Innern zur Abänderung der ärztlichen Gebührenordnung in Preußen, vom 20. August 1918 677
Verordnung des Reichsamts für wirtschaftliche Demobilmachung über Erwerbslosenfürsorge vom 13. Novb. 1918 676

Entscheidungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

Seite

1917.

Rev. Entsch. des bayer. LVA. v. 21. April 1917 224
Rev. Entsch. des bayer. LVA. vom 9. Juni 1917 224
Beschl. des OSG. für AB. vom 30. Juni 1917 206
Entsch. des Württ. OVA., Spruchkammer Reutlingen, vom 13. Sept. 1917 8
Beschl. des OSG. für AB. vom 15. Sept. 1917 . 266
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 20. Sept. 1918 605
Urt. des Kammergerichts vom 10. Novb. 1917 430
Rev. Entsch. des RVA. vom 13. Novb. 1917 223
Rek. Entsch. des RVA. vom 15. Novb. 1917 207
Beschl. des OSG. für AB. vom 20. Novb. 1917 509
Entsch. des RVA. vom 20. Novb. 1917 . . . 208
Entsch. des RVA. vom 1. Dezb. 1917 91
Entsch. des bayer. LVA. vom 29. Dezb. 1917 310
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 29. Dezb. 1917 188

1918.

Beschl. des OSG. f. AB. vom 12. Januar 1918 605
Entsch. des RVA. vom 18. Januar 1918 . . . 428
Rev. Entsch. des RVA. vom 1. Febr. 1918 . . 406
Beschl. des OSG. für AB. vom 26. Febr. 1918 711
Rek. Entsch. des RVA. vom 28. Febr. 1918 . 406
Rev. Entsch. des RVA. vom 5. März 1918 . . 589
Entsch. des RVA. vom 15. März 1918 . . 468, 471
Entsch. des OVA. Schwerin vom 15. März 1918 224
Beschl. des OSG. für AB. vom 15. März 1918 712
Beschl. des OVA. Groß-Berlin v. 18. März 1918 431
Beschl. des OSG. für AB. vom 30. März 1918 713
Rek. Entsch. des RVA. vom 27. April 1918 . 547
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 30. April 1918 429
Rev. Entsch. des RVA. vom 30. April 1918 . 549
Entsch. des OVA. Arnsberg vom 13. Mai 1918 629
Entsch. des Gemeinschaftlichen OVA. Gotha vom 17. Mai 1918 628
Rev. Entsch. des RVA. vom 27. Mai 1918 . . 652
Entsch. des RVA. vom 12. Juni 1918 670
Entsch. des VA. Siegen vom 21. Juni 1918 . 527
Beschl. des bayer. LVA. vom 22. Juni 1918 709
Beschl. des OSG. für AB. vom 30. Juni 1917 106
Entsch. des VA. Berlin vom 2. Juli 1917 . . 188
Rek. Entsch. des RVA. vom 6. Juli 1918 . . 527

Grundsätzliche Entscheidungen des RVA.: Kranken-, Invaliden- u. Hinterbliebenenversicherung
Nr. 2390—2399 26
„ 2400—2409 90
„ 2410—2426 187
„ 2427—2449 368
„ 2450—2465 455
„ 2466—2473 546
„ 2474—2479 572
„ 2480—2488 628
„ 2489—2490 670

II. Krankenversicherung.

Seite

1916.

Rev. Entsch. des bayer. LVA. v. 25. Novb. 1916 152

1917.

Urt. des OLG. Kiel vom 30. Januar 1917 . . 148
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 20. Febr. 1917 271
Urt. des RG. vom 16. März 1917 131
Rev. Entsch. des RVA. vom 8. Mai 1917 . . 47
Entsch. des VA. Berlin vom 23. Juni 1917 . . 271
Entsch. des OVA. Düsseldorf vom 8. Sept. 1917 130
Entsch des RVA. vom 17. Sept. 1917 47
Urt. des LG. Bremen vom 22. Sept. 1917 . 170
Entsch. des OVA. Frankfurt a. O. v. 2. Okt. 1917 409
Entsch. des VA. München vom 4. Okt. 1917 . . 225
Rev. Entsch. des bayer. LVA. vom 6. Okt. 1917 349
Entsch. des RVA. v. 6. Okt. 1917 10, 28, 48, 68, 108
Entsch. des VA. Berlin-Wilmersdorf v. 19. Okt. 1917 530
Entsch. des RVA. v. 20. Okt. 1917 48, 50, 127, 128
Entsch. des RVA. vom 24. Okt. 1917 . . . 93, 94
Entsch. des OVA. Bautzen vom 1. Novb. 1917 168
Urt. des Württemb. OVA. vom 1. Novb. 1917 27
Entsch. des RVA. vom 10. Novb. 1917 . . . 191
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 16. Novb. 1917 190
Rev. Entsch. des sächs. LVA. v. 17. Novb. 1917 169
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 20. Novb. 1917 193
Rev. Entsch. des RVA. vom 23. Novb. 1917 . 210
Rev. Entsch. des bayer. LVA. v. 24. Novb. 1917 510
Entsch. des VA. Berlin-Wilmersdorf vom 8. Dezb. 1917 68
Entsch. des RVA. vom 11. Dezb. 1917 129
Rev. Entsch. des RVA. vom 18. Dezb. 1917 . 150
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 19. Dezb. 1917 226
Beschl. des OVA. Merseburg v. 21. Dezb. 1917 107
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 29. Dezb. 1917 337

1918.

Entsch. des RVA. vom 8. Januar 1918 . . . 411
Entsch. des VA. München vom 10. Januar 1918 209
Entsch. des RVA. vom 12. Januar 1918 . 268, 408
Rev. Entsch. des bayer. LVA. v. 25. Jan. 1918 653
Urt. des VA. Altena vom 29. Januar 1918 . 250

Seite
Entsch. des VA. München vom 30. Januar 1918 529
Entsch. des RG. vom 11. Febr. 1918 227
Entsch. des RVA. vom 11. Febr. 1918 . . 389, 473
Entsch. des RVA. vom 23. Febr. 1918 . . 267, 389
Rev. Entsch. des sächs. LVA. vom 23. Febr. 1918 313
Entsch. des VA. Iserlohn vom 25. Febr. 1918 408
Entsch. des RG. vom 11. März 1918 369
Rev. Entsch. des RVA. vom 12. März 1918 . 348
Beschl. des VA. München vom 13. März 1918 671
Entsch. des RVA. vom 15. März 1918 311, 332, 492
Rev. Entsch. des preuß. OSG. in Knappschaftsangelegenheiten vom 19. März 1918 . . . 407
Entsch. des VA. Leipzig vom 19. März 1918 268
Entsch. des RVA. vom 9. April 1918 607
Beschl. des OVA. Breslau vom 20. April 1918 295
Entsch. des VA. München vom 26. April 1918 511
Entsch. des RVA. vom 27. April 1918 388
Seite
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 30. April 1918 473
Entsch. des RVA. vom 7. Mai 1918 590
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 21. Mai 1918 472
Entsch. des RVA. vom 24. Mai 1918 . . 591, 714
Beschl. des sächs. LVA. vom 1. Juni 1918 . . 455
Rev. Entsch. des RVA. vom 4. Juni 1918 . . 550
Entsch. des RVA. vom 12. Juni 1918 528
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 25. Juni 1918 608
Rev. Entsch. des RVA. vom 1. Juli 1918 . . 695
Entsch. des OVA. München vom 3. Juli 1918 . 529
Entsch. des VA. Breslau vom 12. Juli 1918 . 491
Entsch. des OVA. Groß-Berlin v. 27. Aug. 1918 573
Urt. des OVA. Leipzig vom 6. Sept. 1918 . . 630
Urt. des OVA. Oppeln vom 11. Sept. 1918 . . 695
Entsch. des VA. Berlin vom 14. Sept. 1918 . . 606
Beschl. des bayer. LVA. vom 9. Okt. 1918 . . 671

III. Unfallversicherung.

Seite

1917.

Rek. Entsch. des RVA. vom 3. Febr. 1917 . . 51
Entsch. des RVA. vom 13. Febr. 1917 211
Urt. des OVA. Metz vom 21. März 1917 . . . 173
Rek. Entsch. des RVA. vom 12. Mai 1917 . . 32
Beschl. des RVA. vom 11. Juni 1917 531
Entsch. des RVA. vom 30. Juli 1917 133
Rek. Entsch. des sächs. LVA. vom 15. Sept. 1917 173
Urt. des RG. vom 3. Okt. 1917 71
Entsch. des RVA. vom 17. Okt. 1917 51
Beschl. des RVA. vom 23. Okt. 1917 531
Rek. Entsch. des RVA. vom 26. Okt. 1917 . . 333
Rek. Entsch. des RVA. vom 2. Novb. 1917 96, 297
Rek. Entsch. des sächs. LVA. vom 14. Novb. 1917 173
Rek. Entsch. des RVA. vom 15. Novb. 1917 . . 212
Rek. Entsch. des RVA. vom 17. Novb. 1917 . 32
Urt. des Württemb. OVA. vom 13. Dezb. 1917 592

1918.

Rek. Entsch. des RVA. vom 5. Januar 1918 . 609
Entsch. des RVA. vom 8. Januar 1918 . . . 211
Rev. Entsch. des RVA. vom 8. Januar 1918 . . 391
Seite
Entsch. des RVA. vom 5. Februar 1918 . . . 212
Entsch. des RVA. vom 11. Febr. 1918 391
Rek. Entsch. des RVA. vom 15. Febr. 1918 . 390
Entsch. des RVA. vom 2. März 1918 296
Rek. Entsch. des RVA. vom 13. März 1918 . . 513
Rek. Entsch. des RVA. vom 12. April 1918 . . 631
Rek. Entsch. vom 12. April 1918 696
Rev. Entsch. des RVA. vom 27. Mai 1918 . . 592
Entsch. des OVA. Trier vom 16. Juni 1918 . . 513
Entsch. des OVA. Schleswig vom 20. Sept. 1918 574
Entsch. des OVA. Liegnitz vom 3. Okt. 1918 . 696
Entsch. des OVA. Groß-Berlin vom 9. Okt. 1918 631

Grundsätzliche Entscheidungen des RVA.
Nr. 2973 26
„ 2974—2978 90
„ 2979—2980 186
„ 2981—2984 367
„ 2985—2989 454
„ 2990—2993 491
„ 2994—2998 546
„ 2999—3004 628
„ 3005—3006 669

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

1917.

Entsch. des RVA. vom 23. Okt. 1917 230
Rev. Entsch. des RVA. vom 27. Okt. 1917 . . 33
Rev. Entsch. des RVA. vom 3. Novb. 1917 . . 230

1918.

Entsch. des VA. Kiel vom 5. Febr. 1918 . . . 212
Urt. des OLG. Hamm vom 15. April 1918 . . 611
Entsch. des RVA. vom 24. Mai 1918 632
Seite
Rev. Entsch. des sächs. LVA. vom 1. Juni 1918 610
Rev. Entsch. des RVA. vom 10. Juni 1918 . . 715
Entsch. des RVA. vom 12. Juni 1918 632
Rev. Entsch. des RVA. vom 25. Juni 1918 . . 655
Rev. Entsch. des RVA. vom 26. Juni 1918 . . 715
Rev. Entsch. des RVA. vom 1. Juli 1918 . . . 674
Entsch. des RVA. vom 6. August 1918 . . . 655
Entsch. des RVA. vom 9. August 1918 655
Entsch. des RVA. vom 10. Sept. 1918 656
Entsch. des RVA. vom 24. Sept. 1918 655

V. Angestelltenversicherung.

Seite

1916.

Beschl. des SG. für AV. vom 21. August 1916 153
Beschl. des RA. Berlin vom 16. Sept. 1916 . . 351
Beschl. des SG. für AV. vom 6. Novb. 1916 . 153
Beschl. des RA. Berlin vom 27. Novb. 1916 273
Beschl. des RA. Berlin vom 11. Dezb. 1916 . 493

1917.

Beschl. des SG. für AV. vom 5. Febr. 1917 . 153
Beschl. des SG. für AV. vom 19. Febr. 1917 . 153
Beschl. des OSG. für AV. vom 23. Febr. 1917 35
Seite
Beschl. des OSG. für AV. vom 27. März 1917 372
Beschl. des SG. für AV. vom 24. Mai 1917 153
Beschl. des OSG. für AV. vom 9. Juni 1917 71
Beschl. des SG. für AV. vom 2. Juli 1917 . 153
Beschl. des SG. für AV. vom 20. August 1917 153
Urt. des AG. Charlottenburg vom 8. Okt. 1917 97
Beschl. des SG. für AV. vom 15. Okt. 1917 . 372

1918.

Beschl. des SG. für AV. vom 15. Januar 1918 372

Seite

Grundsätzliche Entscheidungen des OSG. für AV.
Nr. 250—254 34
„ 255—258 96
„ 259—266 153
„ 267—269 273
„ 270—272 351
Nr. 273—277 412
„ 278—283 457
„ 284—293 613
„ 294 675
„ 295 613
„ 296—300 675

VI. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Seite

1917.
Entsch. des RG. vom 12. Okt. 1917 251
Entsch. des OLG. Posen vom 5. März 1917 . . 11
Entsch. des RG. vom 20. Novb. 1917 315

Angezeigte Schriften.

Seite

Denkschrift über Versicherung der Hausgewerbetreibenden 417
Düttmann, Geh. Oberregierungsrat, Ein Ausbau der Sozialversicherung und der Wohnungsfürsorge 377
Entscheidungen und Mitteilungen des RVA. 416
Groll, Friedrich, Oberrevisor, Wegweiser durch die reichsgesetzliche IV. 17
Jaeger, Dr. Heinz, Versicherungsamtmann, Die Kriegswochenhilfe 17
Kleeis, Friedrich, Die ehrenamtliche Tätigkeit in der KV. 319
König, Hauptlehrer, Belehrungen und Aufgaben über die Arbeiterversicherung 319
Krause, Geh. Regierungsrat, Kriegswochenhilfe 376
Lange, Paul, Die Verschmelzung der AV. mit der IV. 416
Olshausen, Th. v., Handbuch zum Militärhinterbliebenengesetz 318
Posener, Paul, Die Militärversorgungsgesetze 318
Rabeling, Die Kriegsverordnungen zur UV. und das Gesetz über Fürsorge für Kriegsgefangene 376
Schindler, P. und Götze, Dr. Hans, Jahrbuch der Arbeiterversicherung für 1918 . . . 377
Schloßmann, Klara, Plan einer allgemeinen Wochenhilfe 377
Schmittmann, Dr. B., Reichswohnversicherung. Kinderrenten durch Ausbau der Sozialversicherung 17
Schneider, Rechnungsrat, Kriegswochenhilfe 376
Schulz, Dr. Hermann, Geh. Regierungsrat, Soziale Versicherung und Arbeiterschutz bei uns und unseren Feinden 18
Schweizerische Zeitschrift für Unfallkunde 537
Seelmanns Sammlung von Einzeldarstellungen des Reichsversicherungsrechts . . . 536
Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des 35. deutschen Armenpflegetages 537
Unger, Karl, Sekretär, Die deutschen Landkrankenkassen 319
Verhandlungen der Vollversammlung der deutschen LVAen. 417
Werthauer, Dr. Kurt, Die rechtliche Stellung der Beamten und Angestellten der Versicherungsträger 18
Wölbling, Magistratsrat Paul, Der Arbeitsnachweis 536

Wortverzeichnis.

(Die Zahlen verweisen auf die Seiten.)

A.

Abfindung bei Betriebsübergang auf andere BG. 186.
Abgabe durch OVA. an RVA. 187.
Abmeldung, unterlassene, Schadenersatz 256.
Abstimmung, schriftliche, des Vorstandes 500.
Agent und Handlungsgehilfe 106.
Alkohol und Unfallgefahr 597.
Alkoholismus s. Beihilfe, Trunksucht.
Altersgrenze IV. 628.
Altersrente, herabgesetzte Altersgrenze 157.
Amerika, Rückwanderung 17.
Amtsdauer der Mitglieder der Kassenorgane im Krieg 452.
Amtsenthebung von Mitgliedern der Organe der Versicherungsträger 72.
Angehörige s. Arzt.
Angestelltenkammern oder Arbeitskammern 336.
Angestelltenversicherung, Ausdehnung der Versicherungspflicht 541, 552; als Sonderversicherung 101: Verschmelzung mit IV. 13, 53, 214, 318, 335, 496, 698; Versicherungspflicht im Krieg 489.
Angestellter, Begriff UV. 369.
Anmeldung zur KK. und polizeil. Anmeldung 311; Nichtversicherter KV. 187, 210; Versicherungsberechtigter als Pflichtmitglieder KV. 18; verspätete betr. Entschädigung UV. 220.
Ansiedelung von Versicherten durch LVAnst. 138.
Antragsrechte der Kriegsteilnehmer in IV. 229.
Anwaltskosten, Erstattung 219.
Anwartschaft, Änderung der Vorschriften IV. 316; Erhaltung bei Kriegsdienst 187; der Kriegsteilnehmer in IV. 229, 487; Verfall und Aufrechterhaltung AV. 15.
Anzeige anderweiter KV. 13.
Apothekenbesitzer, früherer, Versicherungspflicht KV. 447.
Apotheker und KKn. 475, 557; Nachweisung durch KK. 572; Preisabschlag u. Teuerungszuschlag 452.
Arbeit, niedrigere 478.
Arbeiter, Begriff 589; Gestellung für fremde Betriebe UV. 212.
Arbeiter-Versorgung im deutschen Volksstaat 641.
Arbeitgeber, Aufstellung von Nachweisen AV. 154; Ersatzanspruch gegen KK. 500.
Arbeitgeberverbände, Vereinbarung mit Gewerkschaften 698.
Arbeitsfähigkeit, geringe, Begriff KV. 13.
Arbeitskammern und Angestelltenkammern 336.
Arbeitslosenversicherung nach dem Krieg 356.
Arbeitsstätte, Verlegung in anderen Bezirk KV. 27; Verlegung, Meldepflicht KV. 48.
Arbeitstherapie UV. 401.
Arbeitsunfähige bei Wechsel des Beschäftigungsortes KV. 40; Zwang durch Arbeitgeber KV. 159.
Arbeitsunfähigkeit, Begriff KV. 603; Beweis 257; dauernde, neue Erkrankung 418; Kosten der Bescheinigung 449; — und Lohnarbeit KV. 619; Nichtabgemeldeter, Beiträge KV. 267; bei auferlegter Schonung 98; Verschlimmerung der Krankheit 93; und Weiterversicherung KV. 90; s. Krankheit.
Arbeitsverhältnis, Beginn trotz Nichtleistung von Diensten KV. 378; Lösung vor Beginn KV. 340.
Arbeitsversuch 640.
Armenverband, Ersatzanspruch für Nichtkassenarzt 547; desgl. für Unterstützung eines Angehörigen 547; Erstattungspflicht zu KK. 640.
Artist AV. 457.
Arzneigläser, gebrauchte, Rückgabe 339.
Arzneitaxe s. Teuerungszulage.
Arzt, Behandlung von Angehörigen des Versicherten KV. 260, 606; — und Demobilmachung 476; Kosten der Fahrt zu ihm 257; Gebührenordnung im Krieg 553, 677; und KK. 415, 475, 514; Nachweisung durch KK. 572; Änderung des Rezepts 528; selbstbeschaffter, Gebührenerstattung KV. 530; Teuerungsforderungen 135; Vertrag mit freier Kassenvereinigung 131; neue Verträge mit KKn. 359; Würdigung des Gutachtens 224; s. Facharzt, Gutachten, Militärarzt, Vertrauensarzt.
Arztbescheinigung, Gebühr 417.
Ärztevereinsbund 476.
Arztfrage im Verband der OKKn. 475.
Arztgebühr, auswärtige Kassenmitglieder 432; Beistand bei Operation 18; Erhöhung 261, 516, 577, 635; Erhöhung und bestehender Vertrag 598; Erhöhung bei bayerischen KKn. 337; desgl. in Württemberg 232; für Lebensmittelzeugnis 657; für Schein zu Milchbezug 239; Erstattung bei Privatbehandlung 399, 417; Verjährung im Krieg 500; für Zeugnis betr. Zusatznahrungsmittel 36, 90, 94.
Arzttaxe, Erhöhung 638.
Arztverträge, Verlängerung KV. 671.
Arztverzeichnis, Führung KV. 714.
Arztzeugnis zur Aufnahme in Krankenhaus, Kosten 620.
Assistent an Hochschulinstitut AV. 351.
Aszendentenrente, Bedürftigkeit UV. 513.
Aufrechnung wegen Ersatzansprüchen einer BG. 670.
Aufseherin in Kinderheim AV. 457.
Aufsichtsperson in Unfallverhütung 176.
Aufwendungen der Organe der BG. 90.
Augenzittern und UV. 14.
Auseinandersetzung bei Ausscheidung von Kassenteilen 216.
Ausgleichung wegen Wochengeld, landesrechtl. Dienstboten-KK. 260; wegen Wochenhilfe, Höchstgrenze 389; desgl. im Krieg 368; s. Kriegswochenhilfe.
Aushilfe der KK. auf Ersuchen 226, 546.
Aushilfepflicht der KKn., Erkrankg. außerhalb des Kassenbezirks 590; Höhe des Ersatzanspruchs 240; Vereinbarung 116, 560.
Auskunft über Krankheit usw. 443; der KK. 709; der KK. an Heeresverwaltung 539; an Steuerbehörden 310.
Ausland, besetztes, Leistungen an Versicherte KV. 449; AV. bei Rückkehr 77; freiwilliger Aufenthalt UV. 546, 696; s. Kassenleistungen.
Ausländer, feindliche, IV. 620; desgl. UV. 484; bei Kriegsausbruch in Deutschland KV. 452; Stellung nach RVO. und Kriegsverordnungen 681.
Auslandswohnsitz, Anspruch UV. 367, 546.
Ausschuß, Beschlußfähigkeit 538; der Versicherungsbehörden im Krieg 443.
Aussetzung des ordentl. Gerichtsverfahrens UV. 71.

B.

Bad s. Heilbad.
Balkan, Arbeiterversicherung 497.
Barbier, Bartflechte 340.
Bargeldlose Zahlung bei KK. 57, 80.
Bauarbeiter, Kassenzugehörigkeit 581.
Baugenossenschaft, Beteiligung einer KK. 598.
Bauunternehmer im Ausland, Haftung des Bauherrn 368, 391.
Beamte, Krankenzuschußkassen 14; städtische, bei KK. angestellt, unter Dienstordnung 659.
Beamten-KV., allgemeine 156.
Bedürftigkeit, Aszendentenrente UV. 513.
Beerdigung s. Heimweg.
Befreiung nach § 418 RVO.; zwingende Vorschrift 319; desgl. nach Tod des Arbeitgebers 48; aus § 390 AVG. 34; später Angenommener KV. 91; von Versicherungspflicht, Widerruf AV. 412.
Befreiungsantrag aus § 176 RVO., beschränkter 256.
Beihilfe zur Bekämpfung des Alkoholismus KV. 217; für KK., Zuständigkeit für Streit 591.
Bein, Verlust, Invalidität? 599; Verlust UV. 220.
Beitrag bis Abmeldung KV. 297, 379, nicht bei geringer Nebenbeschäftigung KV. 332; nicht bei Arbeitsunfähigkeit 20, 360; der Frau, Haftung des Mannes KV. 278; Gefahrzuschlag KV. 59; desgl. für Artilleriedepot KV. 409; Beitreibung im Krieg 444; Bemessung im Krieg KV. 209; Erhöhung im Kriege KV. 5; Höhe im Krieg KV. 55; für Kriegsgefangene, Höhe UV. 26; Rückzahlung bei Tod des Kriegsteilnehmers AV. 490; Rechtsweg für Rückforderung AV. 97; Erhöhung infolge Teuerungszulage KV. 452; Nachzahlung wegen Teuerungszulage KV. 640; über Tod hinaus gezahlt KV. 452; Verjährung der Rückforderung 468; desgl. AV. 231; bei Weiterversicherung über Tod hinaus KV. 268; keine Zinsen KV. 572; Zurückforderung nach Feststellung der Versicherungsfreiheit AV. 400; s. Kassenbeitrag, Zusatzbeitrag.
Beitragsermäßigung aus § 420 RVO., zwingende Vorschrift 319.
Beitragsfestsetzung in Elsaß-Lothringen UV. 368.
Beitragskontrolle, Neuregelung, KV. 12.
Beitragsstreitverfahren, Beteiligte 573.
Beitragsteile, Abzug bei Gehaltszahlung AV. 351.
Beitragsüberwachung 175.
Beitragszahlung, Fristverlängerung AV. 231.
Beitrittsrecht zur KK. 14.
Belgien, Sozialversicherung 396.
Berlin, Krankenkassenwesen 614.
Berufsgenossenschaften, landwirtschaftliche, Tagung 556; Bericht 1917 594, 657.
Berufskrankheiten, gewerbliche, UV. 357, 534.
Berufsunfähigkeit u. Versicherungspflicht AV. 299.
Beschäftigung mit Unterbrechungen KV. 419; mehrfache, Kassenzugehörigkeit 368; willkürliche, Versicherungspflicht 158.
Beschäftigungsverhältnis, mittelbares 620.
Bescheid, neuer, Anfechtung 491.
Bescheinigung betr. Zusatznahrungsmittel, Kosten 449.
Beschlußmäßigkeit der Kassenorgane 452.
Beschwerdeverfahren der RVO. 161.
Bestrafung von Betrieben und Firmen 245; einer Firma 429; Verletzung der Meldepflicht 455.
Bestrahlen als Heilmittel 460.
Betrieb, Verlegung und Einbeziehung. KV. 79.
Betriebskrankenkasse, Auskunftspflicht der Angestellten 432; Bezirk 79; Erstreckung auf anderen Betrieb 130; im Krieg 451; und Zentralisation in KV. 415.
Betriebsverzeichnis, Aufnahme in dasselbe. UV. 21.
Bevölkerungspolitik und IV. 621.
Bevollmächtigter, Terminsbenachrichtigung 368.
Bezirkshebamme AV. 613; Versicherungsfreiheit 605.
Bildung der Arbeiter, Förderung 324.
Binnenschiffahrt, Besatzung AV. 412; s. Schiffsbesatzung.
Branntweinmonopol 459.
Bremen, KKn.-Zentrale 115.
Briefwechsel in eigener Angelegenheit 637.
Bruchband, Erneuerung 20; Lieferung 190.
Bruchoperation, Kosten 420.

C.

Choralist AV. 34.
Chronisches Leiden KV. 602.

D.

Dampfer in Marinedienst UV. 484.
Danzig, OKK. 339.
Dauerrente und Rente alten Rechts UV. 333.
Dentist s. Zahnkrankheit.
Diagnostisches Institut in Berlin 232, 275.
Dienstbote, Antrag auf erweiterte Krankenpflege 368; meldepflichtiger Arbeitgeber KV. 472; KV. in Hamburg 116; auf Reisen, Erfüllungsort KV. 438; Tod des Dienstherrn 187.
Dienstordnung, Bestimmungen 270; für zwei KKn. 140.
Dienstzeugnis für Kassenangestellte 187.

E.

Ehebruch, Ablehnung der Kriegswochenhilfe 463, 640.
Ehefrau in Vertretung des Mannes, Versicherungspflicht KV. 447.
Ehrenamt in VG., Entschädigung 485.
Einkommensgrenze für Versicherungspflicht KV. 14, 54, 318, 356, 701.
Einnahmen, übermäßige, der KK. im Krieg 452.
Einrichter bei Damenkonfektionsgeschäft AV. 412.
Einspruchsverfahren 625.
Elektrisieren als Heilmittel 460.
Empfänger der Rente und Zulage 455.
Entbindung, anormale, KV. 256; im Krankenhaus, Anspruch gegen KK. 120.
Entbindungskosten bei Kriegswochenhilfe 464.
Entbindungskostenbeitrag im Krieg und Familienhilfe 26.
Entgelt, Begriff UV. 454; Berechnung der Beiträge UV. 531; s. Tagesentgelt.
Erholungsheim der KK., Haus- u. Krankenordnung 320.
Erkrankung, erneute, an demselben Leiden 720.
Ernährung der Arbeiter, Förderung 324.
Erntehelfer, Versicherungspflicht KV. 447.
Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen KV. 59.
Ersatzanspruch des Arbeitgebers für Krankenhilfe 10; desgl. Leistungen im Ausland KV. 618; von Armenverbänden gegeneinander 680; des Armenverbandes für Unterhalt im Krankenhaus 660; desgl. gegen KK. bei Krankenhauspflege 152, 280; desgl. wegen erweiterter Armenpflege 150; desgl. gegen Versicherungsträger 223; desgl. gegen Dritte bei Krankenhauspflege 159; desgl. Übergang auf Versicherungsträger 430; desgl. an Haft-

pflichtversicherung 460; früherer Hilfskasse gegen Dritte 160; einer Gemeinde gegen KK. wegen Krankenhauspflege 148; der KK. gegen Arbeitgeber als Tierhalter 420; desgl. gegen Armenverband 119; desgl. gegen BG., Ausschluß 592, 680; desgl. gegen BG., Berechnung 720; desgl. gegen BG., streitige Entschädigungspflicht 480; desgl. gegen uneheliche Schwängerer 218; alten Rechts wegen Nichtanmeldung KV. 671; desgl. bei Unfall 368, 391; desgl. aus Unfallentschädigung 211, 619; Kriegsunterstützungen 444; der Lieferungsverbände gegen Versicherungsträger 224; Revision 187; des VA. gegen Arbeitgeber eines Befreiten 419; der Versicherungsträger gegen Dritte 219; streitiger, Erhebungen 224; Zuständigkeit für Streit 547, 549; s. Armenverband, Schadenersatzanspruch.
Ersatzfutterfabrik UV. 628.
Ersatzkasse, Anzeige vom Ausschluß eines Mitgliedes 27; Arbeitgeberbeitrag 20, 719; Beseitigung 14; freiwillige Versicherung bei OKK. oder BKK. 600; Kriegsteilnehmer 454; und Pflichtkasse, gleichzeitige Mitgliedschaft 479; Ruhen der Rechte und Pflichten 187; nach § 514 RVO. zugelassene 10; Antrag gemäß § 517 RVO. 369, 580; Anzeigepflicht nach § 521 RVO. 68; Vertretung im Streitverfahren 50; Zeitpunkt des Antrages aus § 517 RVO. 50; Zurücknahme und Erneuerung des Antrags aus § 517 RVO. 268.
Ersatzmänner in Kassenausschuß 699.
Ersatzstreitigkeiten zwischen Versicherungsträgern, örtl. Zuständigkeit des VA. 638.
Erstattungsstreit zwischen KK. und Lieferungsverband 540.
Erwerb der Arbeiter, Förderung 324.
Erwerbsfähigkeit, Wiedereintritt aus Arbeitsverdienst zu folgern IV. 610.
Erwerbslosenfürsorge 641, 676.
Erwerbslosigkeit, verlängerter Anspruch KV. 438, 450.
Erwerbsunfähiger Kranker, Aufrücken in höhere Stufe 378.
Erwerbsunfähigkeit, Begriff 670, 674; Rekurs UV. 491; vorübergegangene, Rekurs wegen Rente UV. 609.
Erwerführervize AV. 613.

F.

Facharzt, Inanspruchnahme durch Versicherten 480.
Fahrkartenausgeberin AV. 351.
Fahrpreisermäßigung für Mitglieder von KKn. 459.
Familienhilfe, Ausschluß auswärtiger Kassenmitglieder 618; Beschränkung 158; Höchstgrenze 408; nur durch Kassenarzt 216, 606; Ehemann im Krieg 450; neben Kriegswochenhilfe 47; Satzungsbestimmung 369; Träger der Versicherte selbst 550; Versagung mangels Beitragszahlung 500; gegen Zusatzbeiträge im Krieg 240.
Fechtlehrer, Versicherungspflicht AV. 96.
Feiertage als Arbeitstage KV. 107; s. Sonntag.
Fernsprechgehilfin AV. 675, 712.
Feststellungsverfahren, örtliche Zuständigkeit des VA. 56.
Fettstelle UV. 631.
Fieberthermometer, Abgabe an Versicherte 597.
Fleischbeschauer AV. 457; Versicherungspflicht 509.
Fleischerei mit Landwirtschaft UV. 173.
Fliegerangriff UV. 32, 173, 484.
Formale KV. im Krieg 450; Erhöhung der Einkommensgrenze 705.
Frau, weiterversicherte, im Haushalt tätig KV. 239, 380.
Frauenheim, Erziehungsgehilfinnen AV. 675.
Freibank, UV. 20.
Freiheitsstrafe, Ruhen der Rente IV. 628, 715.
Freiwillig, Beitritt, beschäftigte Ehefrau des Versicherten KV. 380; KV., Gründe für Erlöschen 260, 379; KV. Versicherungsfreier 279; Versicherung, Beschränkung auf Krankengeld 360, 398; Versicherte und neue Lohnklassen 181.
Friedensverträge, Arbeiterschutz 275, 658.
Friedhofsgärtner, Kassenzugehörigkeit 279.
Frist, Berechnung 119.
Fristenverlängerung in AV. 231.
Fürsorgestellen für Lungenkranke und KKn. 714.

G.

Garten UV. 90; s. Hausgarten, Ziergarten.
Gärtner s. Obergärtner, Parkgärtner.
Gärtnerei, Zugehörigkeit zu KK. 160, 255.
Gebrauchsgegenstände, Verzeichnis 572, 714.
Gebührenfreiheit für Nahrungsmittelbewilligung 99.
Geburtenrückgang, Bekämpfung 281.
Gefangene, Rentenzulage IV. 609; s. Unfallfürsorge; Kriegsgefangene, Zivilgefangene.
Gefängnis, Hilfsaufseherin AV. 675.
Gehalt, Aufrundung der Monatsbeträge 320; Rückforderung von Erben 39.
Geisteskranker, entwichener, Verbringung in anderes Krankenhaus 440.
Geldabfindung statt Krankenpflege in Militärlazarett 199.
Gemeinde, Anspruch auf Krankenhilfe wegen Unfalls 546.
Gemeindeverband, Deckung von Fehlbeträgen KV. 399, 499.
Generalagent, Versicherungsgesellschaft AV. 34, 613, 711.
Genossenschaft, landwirtschaftliche, KK. u. Gemeinde 257.
Geschäftsaufsicht über Beitragsschuldner 599.
Geschäftsführer der G. m. b. H., Strafverfügung AV. 153; Zahlungsanweisung KV. 638.
Geschlechtskrankheit, gesetzl. Bekämpfung 177; Beratungsstellen 458, 608, 622, 635; Ersatzanspruch des Armenverbandes 368; Ersatzanspruch gegen KK. wegen Zwangsheilung 170, 227, 369, 411, 519.
Gesellschafter, zugleich Prokurist AV. 613.
Gesundheitsfürsorge 324, 415.
Griechen in Görlitz, Stellung nach RVO. 686.
Grubenaufseher AV. 493.
Grundlohn, Änderung bei schwebenden Fällen KV. 418; Beschäftigung an einzelnen Tagen KV. 19; Erhöhung 2, 55, 117, 190, 209, 241, 358, 412, 448; Erhöhung, und Unfallzuschuß 599; für freiwillige Mitglieder, Erhöhung KV. 199.
Gutachten, ärztliche 41; des VA. 455.

H.

Haftpflichtversicherung 420; s. Ersatzanspruch.
Hamburg, Landesverband der OKKn. 495; KV. der Dienstboten 116.
Handelsgesellschaft, Gesellschafter als Mitunternehmer oder Betriebsbeamter 428.
Handelsverträge s. Friedensverträge.
Handlungsgehilfe s. Agent.
Handwerksmeister, Versicherungspflicht 96, 207.
Hausdame, Versicherungspflicht KV. 169.
Hausgarten, kleiner, UV. 133.

Hausgeld nur bei Krankenhauspflege 418, 695; nach geschiedener Ehe KV. 256; Überweisung an Genesungsheim 630; Zahlungspflicht 670.
Hausgewerbe, Arbeitgeberzuschüsse 180; im Krieg 378, 461; Neuregelung 642; Kassenzuständigkeit 616; statutarische Regelung 139; Zuweisung an besondere OKK. und an BKK. 280.
Hausschwangere in Kliniken, KV. 573.
Haustochter, Versicherungspflicht 629.
Hebamme bei Kriegswochenhilfe 378, 465; s. Bezirkshebamme, Wochenhilfe.
Hebammenschülerin, Lehrling? 539.
Heilanstaltskleidung, Kosten 60.
Heilbad, wiederholte Gewährung 398.
Heilbehandlung durch IV. 136.
Heilfürsorge, Abkommen zwischen AV. und KV. 497; in IV. 38.
Heilmittel, kleinere, Höchstbetrag 618; und Mittel des Lebensbedarfs 481; orthopädischer Schutz 619; s. Nahrungsmittel.
Heilstätte, eingebrachte Sachen der Kranken 421; der LVA., preuß. Stempelsteuerges. 251.
Heilverfahren, Anrechnung auf Zeit des Krankengeldbezuges 719; und Arbeitstherapie UV. 401; Antrag Doppeltversicherter 97; der Militärverwaltung IV. 488; und Rentenzulagen IV. 165; Selbstbeschaffung 275; Übernahme durch VG. 238; UV. 628; in UV., Abschlußfrist 14; Versagung der Invalidenrente 187; auf Veranlassung der VAnst. Krankengeld 695, 699.
Heimarbeiter, Kassenzugehörigkeit 60.
Heimweg von Beerdigung UV. 212.
Herrenhaus u. Träger der Sozialversicherung 7.
Hilfsbedürftigkeit, armenrechtliche 639; und Krankheit 604.
Hilfsdienst im Ausland, Ausführung der UV. 110; Beschäftigungsverhältnis 628; und IV. 655; Lohnstufe bei Weiterversicherung KV. 619; Rückforderung von Beiträgen zur IV. 212; Versicherung der Beschäftigten 187, 444; UV. 483; s. Unständige.
Hilfsdienstgesetz, Folgen der Aufhebung KV. 671.
Hilfskirchendiener, Versicherungspflicht 188.
Hinterbliebenenrente, Antrag 572; abgekürzte Wartezeit AV. 19; örtl. Zuständigkeit für Antrag 632; Kriegsteilnehmer vermißt 488; Anmeldefrist für Erst- und Zweitberechtigte 51.
Hinterbliebenenversicherungsfonds, Ende 615.
Holzarbeiter, Kassenzugehörigkeit 217, 560.

J.

Jagdunfall als Betriebsunfall 420.
Jahresarbeitsverdienst bei mehrfacher Beschäftigung UV. 32; Entgelt für häusliche Dienste UV. 628; Erhöhung der Grenze AV. 395; Erhöhung für Landarbeiter 556; in landwirtschaftl. UV. 608; im Krieg 443; Erhöhung für Versicherungspflicht KV. 694.
Jahresrechnung und Kassenprüfung 139, 187.
Industrielehrerin, kurzfristige Anstellung, Ende der Versicherung 360.
Innungskrankenkasse, Beitrags- und Stimmenverhältnis 158.
Interesse s. Klage.
Invalidenhaus, Unterbringung und Rentenzulage 165.
Invalidenrente, Entziehung wegen neu erworbener Fähigkeit 33; Nachzahlung bei Behinderung von Antrag 90; desgl. an Kriegsteilnehmer 195; Zulage 52, 53, 74, 81.
Invalidenrentner KV. 420; s. Krankengeld.
Invalidenschule, Versicherungspflicht, beschäftigter Kriegsbeschädigter 90, 107.
Invalidenversicherung, Bericht für 1916 31, 253; und Bevölkerungspolitik 621.
Invalidität, Eintritt in Anwartschaftszeit, Folgen 27; Verhütung 165, 622.
Italiener, Unfallrente 628.

K.

Kassenamt bei freiwilliger Mitgliedschaft 19.
Kassenangestellte, Dienstzeugnis 270; gehobene Eigenschaft AV. 497; Gehalt und Versicherungsleistungen 60, 120; Krankengeld und Gehalt 299; im Krieg 453; im Krieg, Unterstützung der Ehefrau 140; Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge 193, 338, 495; streitige Ansprüche, Entscheidung 271; Übernahme 227; Teuerungszulagen 193, 317, 617.
Kassenarzt, Gehaltsabtretung 315; Gehalt während Militärdienst 315; — und Nichtkassenarzt, Bezahlung 299; Schadenhaftung gegenüber KK. 99.
Kassenausschuß, Pflichtversäumung der Mitglieder 620; Wahl ohne Stimmabgabe 256.
Kassenbeamte, Angestellte einer anderen KK. 99; im Krieg 453, 473; als Stadtverordnete 720; Stellung 259, 459; Teuerungszulage 159, 193; Versetzung 580.
Kassenbeitrag, Beitreibung und Mahnung 120; Nachforderung für Nichtgemeldete 699; s. Beitrag.
Kassenbezirk, Krankenpflege außerhalb 719.
Kassenleistungen bei Beschäftigung im Ausland 209; Nachforderung für Nichtgemeldete 699; Streit 399.
Kassenorgane, Wahlen 578.
Kassenverbände 112, 196, 474, 555.
Kassenvereinigungen 112, 196.
Kassenvorstand, Amtsdauer des Vorsitzenden 379; Vorsitzender im Krieg 200; s. Vorsitzender.
Kassenzugehörigkeit von Betrieben, Verständigung der KKn. 579; Entscheidung aus § 258 RVO. 579; bei Erweiterung der Beschäftigung 129.
Kaufmann im Gemeindedienst, Versicherungspflicht KV. 447; versicherungspflichtige Beschäftigung im Krieg 279.
Kinderbeihilfen, Zurechnung zum Entgelt 713.
Kinderbewahranstalt, versicherungsfreie Schwester AV. 153.
Kinderfürsorge 38, 623.
Kindergärtnerin AV. 35.
Kinderrenten 375.
Klageabweisung mangels rechtl. Interesses 527.
Klasse, Übertritt in niedere, KV. 703.
Kleinmeister, freiwilliges Beitrittsrecht KV. 639.
Kleinunternehmer, Versicherungspflicht 328.
Knappschaftliche KK., Ablehnung der Aufnahme 117; und OKK. 380, 618; unpünktliche Erhebung des Krankengeldes 279; KK., Verjährung betr. Krankengeld 407.
Knappschaftsinvaliden, Arbeitgeberzulage 317.
Knappschaftspensionen, Anrechnung von Kriegsrenten 316.
Knappschaftsverein, Beitragsfreiheit für Krankheitszeit 579.
Kommission, besondere, für Feststellung der Leistungen UV. 491.
Konkurs des Arbeitgebers, Forderung der BKK. 258.
Konkursverwalter als Arbeitgeber 206; Haftung für Beiträge AV. 96.
Kontrolleur für Transformatoren AV. 34.
Körperschwäche als Krankheit 80.

Kosten, außergerichtliche im Beschlußverfahren 573, 670; beigeladener BG. im Rekursverfahren 491; s. Anwaltskosten.
Krankenbesucherin für weibliche Kranke 277.
Krankenfürsorge neben Unfallfürsorge 158.
Krankengeld, Abstufung nach Familienverhältnissen 125; Anspruch von Invalidenrentnern 419; Begriff 455; Beschäftigung an einzelnen Tagen 19; Erhöhung im Kriege 3, 55; statt Krankenpflege, Höhe 14; neben Reichswochengeld 60; Teuerungszulage 338; bei Unfall 237; unpünktliche Erhebung 279; nicht bei vollem Lohn 460; und Wochengeld 118; Zahlung durch KK. für BG. 455.
Krankenhaus, Einweisung zur Beobachtung 348; Kosten bei verzögerter Abholung 479; Kosten der Fahrt 540; Streit über Einweisung 617.
Krankenhausbehandlung des Verletzten, Verpflichtung des Unternehmers 39.
Krankenhauskosten, Anspruch gegen KK. bei fehlender Einweisung 400.
Krankenhauspflege, Ablehnung infolge Heilverfahren der VA. 27; Armenverband und KK. 499; Ersatzanspruch des Armenverbandes aus UV. 639; Kosten höherer Klasse 500; in selbstgewählter höherer Klasse 250; als vollständiger Unterhalt 299; Zuständigkeit für Anordnung 27; Zustimmung erforderlich 660; s. Ersatzanspruch.
Krankenhilfe, Dauer 473; Dauer bei Erweiterung durch Satzung 39.
Krankenordnung, nur Ordnungsstrafe bei Verletzung 27; Strafe bei Verstoß 179; wiederholter Verstoß 460, 600.
Krankenpflege, Ablösung durch Geld 240, 680; ohne Einweisung der KK., Kosten 80; von Familienangehörigen, Art der Erstattung 607; durch Militärverwaltung, kein Anspruch gegen KK. 388, 450; Pauschersatz nach § 1503 RVO. 8, 40; s. Geldabfindung.
Krankenstation des Armen-Arbeitshauses 440.
Krankenversicherung im Krieg 54, 208; nach dem Kriege 343; private, Wiederherstellung im Krieg 36; Zentralisation 475.
Krankenzuschußkassen für Beamte 14.
Krankheit, Beginn und Ende 601, 653; Begriff 80; chronische, Anspruch bei Arbeitsfähigkeit KV. 258; länger als eine Woche 679; neu hinzutretende KV. 255; drohende Verschlimmerung als Arbeitsunfähigkeit 90, 93; vorsätzliche Zuziehung 518; wiederholte, Unterstützungsdauer 217; s. Erkrankung.
Krankheitsbescheinigung für IV. 392.
Krankheitsverhütung 136, 415, 475.
Krätze, Kleiderreinigung 480.
Kriegerfrau, Versicherungsfreiheit KV. 448.
Kriegsanleihe, Zeichnungen 275.
Kriegsbehinderung, Begriff IV. 455.
Kriegsbeihilfen als Entgelt 231.
Kriegsbeschädigte AV. 489; Beruf 488; Entzug der Rente IV. 488; im Dienst der KKn. 75; in Werkstatt einer Invalidenschule, Versicherungspflicht 90, 107; Versicherungspflicht 717.
Kriegsbeschäftigung AV. 153.
Kriegsbetriebe UV. 132, 454.
Kriegsdienst, ähnliche Dienste 200, 463; Begriff 463, 490.
Kriegsdienstzeit, Anrechnung 547; desgl. AV. 155; desgl. IV. 360, 559; Beurlaubung auf Reklamation AV. 412; Rückzahlung von Beiträgen AV. 155.
Kriegsfamilienunterstützung, Neuregelung 678.
Kriegsfürsorge in IV. 38.
Kriegsgefangene, im Ausland, Krankengeld 449; Beaufsichtigung in Privatbetrieben UV. 439; in England, Krankengeld 117; Entgelt UV. 546; Stellung nach RVO. 686; UV. 484, 628; s. Beitrag.
Kriegsinvalidenfürsorge in Thüringen 15.
Kriegsteilnehmer, Anwartschaft in IV. 187, 229, 487; Behinderung an Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit 464; Beitragserstattung AV. 613; im besetzten Gebiet UV. 454; geschlechtskranke 449; Hausgeld an Ehefrau 450; schwerbeschädigte in Industrie 698; als Kassenmitglied 501; beurlaubter, Krankenpflege 549; Erhöhung des Krankengeldes bei Weiterversicherung 546; Anspruch auf Krankenhilfe 448; Lohnstufe nach Entlassung KV. 462; Aufhebung der Pflichtmitgliedschaft KV. 447; Unterstützung der Angehörigen 455; Versicherungsberechtigung KV. 448; Weiterversicherung KV. 451, 462; Wiedereintrittsrecht in KK. 219, 439; s. Antragsrecht, Beitrag, Militärdienstleistung, Soldat.
Kriegsverhältnisse, Rentenansprüche UV. 485.
Kriegswochengeld 465; selbstversicherte Wöchnerin 280; s. Krankengeld.
Kriegswochenhilfe 209, 248, 462; Erledigung der Anträge 463; Arztkosten neben Entbindungskosten 520; Ausgleichungsanspruch der KKn. gegeneinander 68, 400; Ausländer 466, 619; Barauslagen des Verfahrens 466; Doppelehe 463; bei Ehebruch 463, 640; Einkommenshöhe 550; Einkommensverhältnisse 466; Ersatzanspruch der KK. gegen das Reich 466; Erstattungspflicht nach § 197 RVO. 467; Erstattungspflicht anderer KKn. 118; Erwerbsfähigkeit des Ehemannes 295; Erwerbsunfähigkeit des Mannes 657; Geburt im neutralen Ausland 573; geschiedene Ehe 100; Hebamme 465; bestimmte Hebamme 378; Ehefrauen von Kapitulanten 295; neben Krankenhauspflege 619; Urlaub des Kriegsteilnehmers 573; bei ermäßigtem Beitrag Landwirtschaftlicher 209; Minderbemittelte 148, 467, 653; in München 393; nachgeborenes Kind 463; nach dem Krieg 14; vor Niederkunft 466; satzungsmäßige und gesetzliche 559; kommandierter Soldat 239; uneheliche Kinder 6, 56, 107, 467, 653, 680; Verjährung des Erstattungsanspruchs 600; versicherungsfreie Stellung des Mannes 26; Verwundung des Mannes 479; Voraussetzungen 298; vorgängige Versicherungszeit 465; Wartezeit 467; Wirkung 233; Zuständigkeit für Anträge 331; desgl. für Gewährung 466.
Kriegszulage und Jahresarbeitsverdienst 442; als Entgelt AV. 675.
Kriegszuschlag zu Unfall- und Hinterbliebenenrenten 35.

L.

Landarbeiterin, belgische, KV. 299, 447.
Landesherrliche Verwaltung, Begriff IV. 91.
Landesverband bayerischer OKKn. 516.
Landesversicherungsanstalten, Versammlung 74.
Landkrankenkassen und ihre Leistungen 561; Anspruch gegen Gemeindeverband auf Beihilfe 572.
Landwirtschaft, Anmeldung von Ausländern KV. 187; Anspruch aus § 942 RVO. 589; Befreiung der Arbeiter von Versicherungspflicht 661; Jahresarbeitsverdienst 556, 608; KV. der Großstadtkinder 499; Versicherungspflicht UV. 186; s. Schulkind.
Lebensversicherung, Beitragszahlung AV. 153; mit Vorbehalt der Ermäßigung, Umwandlung in gewöhnliche AV. 675; Wiederherstellung im Krieg 36.

Lehrtöchter, Versicherungspflicht KV. 187, 208.
Lehrling, Begriff des Entgelts 240; Verantwortung betr. Meldevorschriften KV. 168.
Leichenträger, Versicherungspflicht 188.
Leistenbruch als Betriebsunfall 173.
Leistungen, freiwillige, und Rentenzulagen IV. 165; aus KV., Streit 399; s. Kassenleistungen, Regelleistung.
Liefermeister bei Weberei AV. 412.
Lohnerhebung bei KKn. 232.
Lohnklassen und Lohnstufen KV. 241; neue, und freiwillig Versicherte 181.
Lohnstufe, Änderung KV. 399, 703; bei freiwilliger Weiterversicherung KV. 196.
Lungenkranke, s. Fürsorgestellen.

M.

Marinebeischiff, berufsgenossenschaftl. Zugehörigkeit 51, 90.
Markenverwendung, Anfechtung 187, 230.
Matrose s. Schiffseigentümer.
Mehrleistungen, Genehmigung zur Einführung KV. 461; im Kriege KV. 5.
Meldefrist, Feiertage KV. 100.
Meldepflicht bei Änderung der Altersstufe KV. 100; bei Betriebsverlegung KV. 10; Folgen der Verletzung KV. 20, 539; s. Arbeitsstätte.
Meldestellen, gemeinsame, Aufsicht 99; Kosten 200.
Meldung an KK., mit polizeil. Meldung verbunden 455; Vereinbarung der KK. mit Staatsbetrieben 697; Versicherungspflichtiger, Erhöhung der Einkommensgrenze KV. 706.
Metzgehilfe AV. 273.
Milchbezugskarte, Arztkosten 94, 239, 449, 598.
Milchhändler, Versicherungspflicht 559.
Militärarzt, Gutachten IV. 487; als Kassenarzt 452.
Militärdienstleistung, Anrechnung in IV. 187, 634; Beitragszeit in IV. und AV. 560, 617.
Militärrente IV. 486; für Knappschaftskassenmitglieder 13.
Minderjährige, feindliche, Pfleger 444.
Mitgliedschaft, Ablehnung durch KK. 90; Anerkenntnis durch KK. 47; Begründung durch Antritt der Arbeit KV. 580; irrtümliche Annahme, Überweisung an Kassenarzt 419.
Molkereigenossenschaft, Kassenzugehörigkeit 700.
Mutterschaftsversicherung 14, 214.

N.

Nachtwächter, Unfall 392.
Nahrungsmittel als Heilmittel 256.
Nähstube IV. 486; KV. 447, 448.
Nebenbeschäftigung eines Berufsarbeiters 455; eines Staatsangestellten KV. 239.
Nervenleiden als Kriegsfolge 137.
Nichtversicherter s. Anmeldung.

O.

Obergärtner in Haushalt, Versicherungspflicht 620.
Oberversicherungsamt, Verfahren, wenn unzuständiges VA. entschieden 519.
Ordnungsstrafe, Abzug vom Krankengeld 99.
Organmitglied, Privatinteresse bei Beratung 499.
Ortskrankenkasse Berlin, Verteilung der Mitglieder nach Alter und Lohnstufen 436; Beschlußfähigkeit des Ausschusses 339; Bericht 1917 557, 574; für Heer und Marine Beschäftigte 451; Statistisches 516; Zugehörigkeit neu begründeten Betriebes 320.
Ortslohn, Erhöhung 532; Festsetzung 547; im Krieg 443; Neufestsetzung 184.
Oststaaten, Arbeiterversicherung 497.

P.

Parkgärtner, Kassenzugehörigkeit 279.
Pauschbeträge zu Kosten des OVA. 670.
Pauschersatz s. Krankenpflege.
Pfändung s. Unpfändbarkeit.
Pfennigbrüche, Abrundung bei Kassenleistungen 529.
Pflegekind, Versicherungspflicht wegen häuslicher Dienste 438.
Plattfuß KV. 510, 602.
Polen, KV. 178, 636; Stellung nach RVO. 693; s. Russen.
Polier in Baugeschäft, Versicherungspflicht 266; Versicherungspflicht AV. 153.
Porto, Erstattung an VA., IV. 27; Kassenbeitrag 598.
Postanstalt, Prüfung betr. Zahlung der Rentenzulage 455.
Postscheckkonto der KK. 616.
Postvollmacht für Geschäftsführer der KK. 616.
Pressemeister in Ölfabrik, Versicherungspflicht AV. 96.
Prüfungsausschuß für Jahresrechnung bei KKn. 139.

Q.

Quittungskarte, Erneuerung 368; Vergütung für Ausgabe 716.

R.

Realkredit durch VGn. 498.
Rechnungsabschluß der KK., Behandlung von Ersatzleistungen 199, 340.
Rechnungsführer, Haftung für Irrtum 420.
Rechnungsnachweisungen der KKn. für 1917 193; für 1918 68.
Rechtshilfe, Auslagenerstattung 700; für KK. gegenüber meldesäumigen Arbeitgebern 679; für KK. 218.
Rechtskraft berufsgenossenschaftl. Entscheidungen betr. Betriebsverzeichnis 21; Entscheidung betr. Dauerrente UV. 333; betr. Versicherungspflicht AV. 71.
Rechtsmittelfrist, Prüfung 406; Unterbrechung der Verjährung 443.
Regelleistung, nicht berührt durch Höhe des Grundlohns KV. 597.
Reichsarbeitsamt 613; Geschäftsbereich 657.
Reichstag, Petitionen zur Sozialversicherung 214.
Reichsversicherungsamt, Abgabe einer Sache nach § 1799 RVO. 628; — im Jahre 1917 413, 434; Rechtsgrundsätze betr. Versicherungspflicht von Verwandten 90.
Reichsversicherungsanstalt, Bericht für 1917 496.
Reichsvertretung im Ausland AV. 613.
Reichswirtschaftsamt 641.
Reichswochenhilfe s. Kriegswochenhilfe.
Rekurs, nach § 1700 RVO. ausgeschlossen 669.
Renten, erste allgemeine aus AV. 77, 97.
Rentenantrag, Abhilfe gegen Abweisung 216; Begutachtung IV. 489; zuständiges VA. 187.
Rentenausschuß in AV. 177.
Rentenberechnung, Prüfung 633; Vereinfachung 505.
Renteneinstellung, Zuständigkeit 369.
Rentenleistungen der AV. und der IV. 361.
Rentenquittungen, Beglaubigung im Krieg 73.
Rentenzahlung in AV., Beginn 54.

Rentenzulage, Anspruch des Armenverbandes 628; Ausdehnung IV. 356; Anspruch der Erben 628; für Gefangene UV. 609; Anspruch der Gemeinde 628; IV. 276, 488; Leitsätze IV. 301; bei mehreren Renten UV. 513, 574, 696; Aufbringung der Mittel 135; nur für volle Monate IV. 656; nur an natürliche Personen 455; nur für Rentenempfänger, nicht Armenverband oder Gemeinde IV. 655; UV. 70, 95, 264, 373, 492, 556; Weitergewährung für 1919 IV. 674; Verhütung der Invalidität 165; zeitliche Voraussetzung 628; s. Invalidenrente, Kriegszuschlag, Verletztenrente, Witwenrente.
Revision, Beitragserstattung an Kriegsteilnehmer AV. 613; bei Ersatzanspruch 208; in Sachen der KV. (§ 1695 RVO. Nr. 2) 90, 94.
Rückfall, militärische Lazarettbehandlung KV. 450.
Rückforderung geleisteten Ersatzes vom Armenverband 320; der Unterstützung von Kriegerfrauen 535.
Rücklage bei KK., Füllung 121, 346.
Rückständigkeit von Rentenbeträgen 237.
Rückzahlung von Kassenleistungen, Zuständigkeit für Streit 455.
Ruhegehalt und Jahresarbeitsverdienst AV. 457.
Ruhegehaltsversicherung deutscher KKn. 416.
Russen, feindliche Ausländer 353; IV. 486; Landarbeiter, IV. 258; UV. 546; Versicherungsfreiheit 547; Versicherungspflicht IV. 369; s. Polen.

S.

Sachbezüge, Wert 106, 443.
Sachleistungen statt Barleistungen bei Kriegswochenhilfe 465; in Landwirtschaft KV. 455.
Sachverständiger s. Zeuge.
Salvarsan 58.
Sanatorium, zuständige KK. für Küchenpersonal 440.
Satzung, Abdruck im Krieg KV. 209; Änderung im Krieg KV. 209; Mitteilung an Mitglieder KV. 76.
Schadenersatzanspruch gegen Arbeitgeber bei Abweisung wegen Invalidenrente 611; Übergang auf Versicherungsträger 14, 61.
Schiffsbesatzung AV. 412; KV. 259.
Schiffseigentümer, Arbeitgeber der Matrosen KV. 259.
Schlachtungsgesellschaft, Versicherungspflicht der Mitglieder 133.
Schließung einer KK., Entscheidung über streitigen Anspruch 389.
Schmuggler, Verletzung im Ausland KV. 449.
Schulkind in Landwirtschaft, Versicherungspflicht KV. 447, 700.
Schutzgebiet, deutsches, als Ausland AV. 613; deutsches, Krankenschwester AV. 613.
Schutzimpfung, Kosten KV. 449.
Schwachsinniger, arbeitsfähig? 537.
Schwängerer s. Ersatzanspruch.
Schwangerschaftsbeschwerden, Beihilfe 464.
Schweigepflicht nach Tod des Arztes 11; der Versicherungsträger 458.
Schweiz, Sozialversicherung 16.
Seekasse, Anspruch der nichtinvaliden Witwen 27.
Sezierung von Leichen, Recht des Krankenhauses 259.
Soldat, Arbeit gegen Entgelt, Versicherungspflicht KV. 447; zur Arbeit beurlaubt KV. 92; beurlaubt oder kommandiert 369, 406; beurlaubter, Versicherungspflicht 200; kommandierter KV. 455; kommandierter, Versicherungspflicht 200; militärische Bezüge und Teuerungszulage bei Beurlaubung 379; Unfall in ungenehmigter Tätigkeit UV. 297.
Sondervermögen, Leistungen aus Überschüssen und Rentenzulagen IV. 165.
Sonntag als Arbeitstag 187, 418, 520; als Arbeitstag für Vollstreckungsbeamte 280; s. Feiertag.
Sonntagsarbeit, Beitragsberechnung KV. 433.
Sozialbeamtinnen, Anstellungsverhältnisse 678.
Sozialpolitik, zukünftige, der Mittelmächte 321.
Sozialversicherung in Belgien 396; in Bevölkerungspolitik 458; und Herrenhaus 7; mitteleuropäische 354; nach dem Kriege 341; vor Reichstag 214, 355; in Sachsen 317; Verwaltung und Rechtsprechung im Krieg 441, 461.
Sparkassenbeamter, Versicherungspflicht AV. 153.
Staatsbeamter, Versicherungspflicht für Sonderbeschäftigung KV. 80.
Star, grüner, Dauer der Krankenhilfe 225.
Stellvertreter der Versicherungsträger, Wahl 480.
Sterbegeld und Begräbniskosten 40; gefallener Kriegsteilnehmer 450; Wartezeit 659.
Stillgeld, Dauer 465.
Strafanzeige, Verletzung der Meldepflicht KV. 139; beim städt. VA. gegen Stadtvertretung 236.
Strafbeitrag, Festsetzung KV. 120; Höhe KV. 91; Verjährung 492.
Straffestsetzung, Änderung KV. 117; irrig, aber rechtskräftig 639.
Strafverfahren und Streit über Versicherungspflicht KV. 27.
Strafverfolgung, Verjährung KV. 455.
Strafverfügung AV. 372; §§ 339, 340 AVG. 153; Aufhebung 455, 471; Ausfertigung durch Geschäftsführer der KK. 659; s. Bestrafung.
Streitverfahren, Beteiligte IV. 632; Verbindung KV. 349.
Studentische Sozialversicherung 14.
Syphilis, Beginn 653.

T.

Tagelöhner, landwirtschaftliche, Befreiung KV. 319.
Tagesentgelt, Festsetzung KV. 190.
Tätigkeit, an sich versicherungspflichtige AV. 273.
Telegraphenanwärterin als Lehrling 628, 652.
Teuerungszulage und Abschlag von Arzneitaxe 378; und Beitrag 240, 490, 640; als Entgelt 79; dem Jahresarbeitsverdienst hinzuzurechnen 360; für Kassenangestellte 193, 317, 617; für Kassenbeamte 159, 193; der Unfallrentner 201; bei mehreren Unfallrenten 381; Versicherungsberechtigung 139; Einfluß auf Versicherungspflicht 159; Einfluß auf Versicherungsverhältnis nach RVO. und AVG. 398; Zurechnung zum Entgelt 442; s. Krankengeld.
Theaterchor, Versicherungspflicht AV. 153.
Tiefbau-BG., UV. in Hilfsdienst 110.
Tod, unbekannte Ursache UV. 390.
Totenschein, ärztlicher, Kosten 259.
Trunksucht als Krankheit 602.
Tuberkulose, Bekämpfung 137.

U.

Überwachung der Kranken, Rechtshilfe 600; der Rentenempfänger IV. 38.
Überweisung eines Mitglieds zu anderer KK. 460.
Uhrenfabrik, Versicherungspflicht AV. 153.
Uneheliche, Benennung des Vaters 659; Hinterbliebenenrente 546, 631; Kriegerkinder, Wochenhilfe ohne Reichsfamilienunterstützung 6.
Unfall, Feststellung trotz mangelnder Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit 96; neuer eines Unfallrentners, Krankengeld 258; ursächl. Zusammenhang 173.

Unfallfürsorge neben Krankenfürsorge 158.
Unfallrente, Verfahren 486.
Unfallverhütungsvorschriften 194, 414, 485.
Unfallversicherung im Jahre 1916 234; nach dem Kriege 343.
Unfallzuschuß des Unternehmers 600.
Unpfändbarkeit von Kriegsbeihilfen und Teuerungszulagen 314.
Unständige und festes Arbeitsverhältnis 419; im Ausland KV. 452; Begriff 379, 420; Kriegshilfsdienst in Belgien KV. 279; Weiterversicherung 580.
Urlauber, Anspruch an KK. 19.

V.

Varieté-Theater AV. 613.
Verband der BKKn., Tagung 415, 475; deutscher LKKn., Tagung 416, 475; der Krankenunterstützungskassen selbständiger Handwerker 554.
Verbandstoffe, Beschaffung KV. 449; desgl. UV. 454.
Verdienstgrenze, Erhöhung AV. 77; desgl. JV. 316.
Vereinigung von KKn., Angestellte 187; einer LKK. mit OKK. 540; OKKn., Fehlbetrag 160.
Verfahren, Unterbrechung und Aussetzung 443; s. Verordnungen.
Verfahrensmangel, Verurteilung eines Dritten, der nicht Partei 440.
Vergleich zwischen Verletztem und Schädiger, Anspruch der KK. 217.
Verhütung der Invalidität und Rentenzulagen 165
Verjährung, Ansprüche der Krankenhäuser 120; Kassenbeiträge 699; der Leistungen der Versicherungsträger 443, 699; Rückerstattung von Beiträgen 455; der Strafverfolgung wegen unterlassener Abmeldung KV. 27, 108; Zuwiderhandlungen gegen RVO. 628; s. Beitrag, Rechtsmittelfrist.
Verjährungsfristen 652.
Verkaufsstellen, städtische für Lebensmittel UV. 90.
Verletztenrente aus UV., Zulagen 194, 197, 221.
Verordnung, Beginn der Geltung 98; Kaiserl. über Verfahren, der Parteiverfügung entzogen 527.
Versammlungen, Kassenmittel zum Besuch 630.
Verschollenheit, Wartezeit JV. 628, 715.
Versicherungsamt, Gebundenheit bei Zurückverweisung 369.
Versicherungsberechtigung, in KV., Ausdehnung 694, 701; (§ 176 RVO.) trotz Ausscheiden aus Tätigkeit 187, 191; Berechnung des Einkommens eines Ehegatten 578.
Versicherungsfreiheit in JV. 617; Beamte und Lehrer KV. 237; nach § 169 RVO., Beiträge bis Abmeldung 187; desgl., Beschränkung auf einzelne Beschäftigte 640; desgl., Gewährleistung 511; desgl., kein verlängerter Anspruch KV. 160, 199; desgl., nicht bei entgeltl. Nebenbeschäftigung 448; desgl., vorher entstandener Anspruch gegen KK. 340; desgl., Voraussetzung 120; desgl., Willkür von Staat, Gemeinde 19; nach § 418 RVO., Abmeldung 139; s. Versicherungspflicht.
Versicherungsgesellschaft s. Generalagent.
Versicherungspflicht AV. 496; „an sich" AV. 489, 613, 716; Befreiung nach §§ 418, 435 RVO. 659; Erhöhung der Grenze KV. 477; in KV., Ausdehnung 694, 701; Feststellung, Beschwerde der LVAnst. 372; Feststellung durch Rentenausschuß AV. 153; desgl. durch RVA. 719; im Hilfsdienst 445; erst nach RVO., keine Anrechnung früherer Beschäftigung KV. 169; in JV., Ausdehnung 316; vor Krieg AV. 675; im Krieg 442; streitige: neue Entscheidung nach Rechtskraft AV. 34; Streitigkeit im Strafverfahren KV. 108; entscheidende Umstände AV. 457; und Versicherung KV. 128; s. Einkommensgrenze.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Beiträge 238; deutscher KKn. 719.
Versicherungsverhältnis, Entscheidung nur bei Streit 420.
Verstümmelung im Krieg JV. 488.
Vertrauensarzt und behandelnder Arzt 258.
Vertrauensmänner, Verband AV. 675.
Vertreter der Arbeitgeber, Wählbarkeit KV. 300.
Verwandte, Beschäftigungsverhältnis KV. 127, 139; Versicherungspflicht 90, 439.
Verzeichnis der Gebrauchsgegenstände, Wertangabe 240.
Volksschullehrer im Hilfsdienst KV. 60.
Vorentscheidung im Beschlußverfahren des OVA. 253; des Vorsitzenden, Vollstreckbarkeit 431.
Vorlegungsfristen 652.
Vorsitzender der KK., Amtsenthebung 119; s. Kassenvorstand.
Vorstand der KK., Vorsitzender in besoldeter Stelle 91; bei LKK., Wahl des Vorsitzenden im Kriege 398; s. Kassenvorstand.
Vorstandsmitglied, Enthebung KV. 577; Verhalten zu Angestellten 20; ehrenamtliches, zugleich besoldeter Beamter 368.
Vorstandssitzung, Zuziehung von Angestellten 300.
Vorzeichner bei Brückenbau AV. 236.

W.

Waffenstillstand, Versicherung in betroffenen Gebieten 709.
Wählbarkeit, ehrenamtl. Vorstandsmitglied zugleich besoldeter Beamter 368.
Wahlen in AV., Bekanntmachung 34.
Wahlzeit bei Kassenorganen, Verlängerung 340.
Waisenaussteuer trotz Wiederverheiratung 140.
Waisenrente, Annahme an Kindesstatt 187; Kriegsteilnehmer 546.
Waldhüter AV. 351.
Wartezeit, abgekürzte, für Hinterbliebenenrente AV. 19; Erfüllung vor Spruch des OVA. 27; Leistungen an Hinterbliebene AV. 299; Mehrleistungen an Sterbegeld 659; Mehrleistungen bei Weiterversicherung KV. 100; vorgesetzliche 368; Zahlung zur Abkürzung AV. 236.
Wasserfahrzeughaltung eines Händlers, Zugehörigkeit UV. 296.
Wehrpflichtige, Satzungsbestimmung betr. Mitgliedschaft KV. 187.
Weiterversicherung, Beitragszahlung bei Zahlstelle 540; durch Beiträge Dritter KV. 313; Belastung der KKn. 394; Berechtigung infolge erweiterten Rechts 694; nur bei bisheriger KK. 380; Erhöhung des Verdienstes nach Ausscheiden KV. 491; rückwirkende Erhöhung des Gehalts KV. 360; Erlöschen durch Nichtzahlung der Beiträge 660; und freiwilliger Beitritt, Wahlrecht KV. 679; auf Grund formaler Mitgliedschaft KV. 560; irrtümliche KV. 210; Krankengeld bei dauernder Arbeitsunfähigkeit 408; Lohnklasse bei Änderung des Grundlohns 257; Übertritt in niedere Stufe KV. 256, 300, 694; Verlust des Rechts KV. 539; Wiedereintritt in höhere Stufe KV. 157; Zulässigkeit AV. 613; s. Beitrag.
Werktag, Kassenbeiträge 378.
Wiederaufnahme des Verfahrens wegen anderer Entscheidung des OSG. 613.

Wiedereinsetzung, schuldhafte Fristversäumung 406; Voraussetzung 368.
Wiedereintritt Ausgeschiedener in KK. 703.
Witwengeld, Antragsfrist 368.
Witwenrente, Zulage 52, 53, 81; Zuständigkeit bei Entziehung 369.
Wochengeld, Ausgleichung und Anspruch gegen Schwängerer 260; lebensfähiges Kind 639; Höhe bei Wechsel der Lohnklasse 320; und Krankengeld 118; erhöhtes, im Kriege 4; Teuerungszulage 338.
Wochenhilfe, Anstaltspflege 433; kein Anspruch für Befreite nach §§ 418, 435 RVO. 680; bei Ehebruch 640; Erwerbstätigkeit des Mannes 90; irrtümliche, Haftung des Mannes 278; im Krieg 209, 248; strafbares Verhalten der Versicherten 540; für Uneheliche 56, 680; an versicherungsfreie Ehefrauen, deren Ehemann ohne Anspruch 369; an Versicherungsfreie, Hebamme 368.
Wohlfahrtsarchive 157.
Wohnungsfrage nach Krieg 677; und Privatangestellte 533; Reichsorganisation 215.
Wohnungsfürsorge in JV. 39; nach dem Kriege 374; der Reichs-V.Anst. 437.
Wohnungsverhältnisse, Förderung 324.
Wohnversicherung 375.

Z.

Zahn, künstlicher, Verlust 680.
Zahnarzt, Nachweisung durch KK. 572.
Zahnersatz, Abkommen zwischen RVAnst. und KKn. 119, 477, 614; KK. und LVAnst. 620.
Zahnheilverfahren 475.
Zahnkrankheiten, Behandlung durch Dentisten 334; von Kassenmitgliedern 141.
Zahntechniker als Behandelnder 437.
Zeitrenten in JV. 384, 521.
Zeitungsausträgerin, Versicherungspflicht des Kindes 520.
Zeitungsnachrichtenbureau, Leser AV. 457.
Zeuge, Beschwerden betr. eidliche Vernehmung 368.
Zeugenvernehmung während der Ernte 444.
Zeugnispflicht, Geschäftsführer einer KK. 605; und RVO. 274.
Ziegler-KKn., Lippische 214.
Ziergarten, kleiner, UV. 133.
Zivilgefangene, feindliche, Versicherungspflicht 442, 685.
Zivilgefangenschaft keine Militärdienstzeit JV. 27, 230.
Zivilschreiber in Militärbureau KV. 256.
Zurückverweisung s. Versicherungsamt.
Zusatzbeiträge im Krieg KV. 461.
Zustellung an Kriegsteilnehmer 444.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1195 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 2. Januar 1918 | Heft 1

Die Bekanntmachung vom 22. November 1917 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 1085).

Von Versicherungsamtmann Dr. Jaeger in München.

Trotzdem zahlreiche Gesetze und Verordnungen versucht haben, die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und des Angestelltenversicherungsgesetzes den Kriegsverhältnissen anzupassen, sind doch immer noch mannigfache Wünsche teils unerfüllt geblieben, teils erst im Vollzug der einzelnen kriegsgesetzgeberischen Maßnahmen neu aufgetaucht. Wie auf allen Gebieten unseres Wirtschaftslebens, so ist eben auch in deren Rückwirkung auf die Versicherungsgesetze gegenwärtig alles in Fluß. Die schwerwiegendste Frage ist hierbei die nach der Ausgleichung des Wertes der einzelnen Barleistungen der Arbeiterversicherung an den gesunkenen Geldwert und an die Steigerung der einzelnen Lohnsätze. Nicht nur auf den im letzten Jahre stattgehabten Tagungen der Organisationen der einzelnen Versicherungsträger und der Arbeiterschaft wurden die Fragen der Erhöhung der für den Eintritt in die Versicherung maßgebender Höchstgrenze des Einkommens, der Grundlöhne, der Ortslöhne, der Jahresarbeitsverdienste land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter, sowie des Wertes der Sachbezüge lebhaftest besprochen und wurden die vorhandenen Wünsche in entsprechende Entschließungen gefaßt, auch im Reichstag mehrten sich die Stimmen, die ein Einschreiten der gesetzgebenden Faktoren verlangten.

Die Regierung konnte sich der Berechtigung der vorgetragenen Wünsche nicht verschließen. Zwar lehnte sie die geforderte gesetzliche Erhöhung aller Renten der Arbeiterversicherung ab und verwies in dieser Beziehung auf die Regelung durch die örtliche Kriegsfürsorge (vgl. Entschl. des bayer. Staatsministeriums des Innern vom 20. September 1917 in „Versicherungsbote" 1917 S. 216), ein Weg, der insofern der Bedenken nicht entbehrt, als in ländlichen Distrikten mit freiwilligen Leistungen trotz der Möglichkeit des ganzen oder teilweisen Rückersatzes aus Reichsmitteln leider noch sehr oft ungerechtfertigte Zurückhaltung geübt wird. Auch der Erhöhung der Ortslöhne und des Wertes der Sachbezüge vermochte die Regierung nicht näher zu treten; sie glaubte vielmehr, daß hier etwa bestehende Mißstände im Wege der auch nach § 151 RVO. zulässigen Zwischenfestsetzungen behoben werden können (vgl. Erlaß des preuß. Min. für Handel und Gewerbe vom 17. August 1917 in „Betriebskrankenkasse" 1917 S. 219). Völlig ablehnend stand aber der Gesetzgeber der Erweiterung der Höchstgrenzen des Einkommens gegenüber; und dies nicht mit Unrecht. Zwar ist zuzugeben, daß ein ziffernmäßig gleich hohes Einkommen auch in seiner Beziehung auf das Versicherungsbedürfnis nicht mehr dieselbe Be-

deutung hat, wie vor dem Kriege. Dem steht aber gegenüber, daß das Steigen der Löhne keineswegs überall und gleichmäßig vor sich gegangen ist, daß die Einbeziehung weiter bisher noch nicht versicherter Personenkreise in die reichsgesetzliche Versicherung eine grundsätzliche Änderung in deren Aufbau herbeiführen müßte, daß die einmal durchgeführte Einbeziehung in die Versicherung sich später unter geänderten Verhältnissen nur schwer wieder rückgängig machen ließe, während sich andererseits über die endgültige Gestaltung der Geld- und Preisverhältnisse nach dem Kriege zur Zeit noch kein annähernd sicheres Urteil gewinnen läßt. Als nicht minder gewichtiger Grund kommen aber noch die Beziehungen der Krankenkassen zu den Ärzten in Frage, die eine besondere Rücksichtnahme erheischen, da die mit der Ausdehnung des Versichertenkreises notwendigerweise verbundene Einengung des den Ärzten verbleibenden freien Betätigungsgebietes sehr leicht eine Zuspitzung des gegenseitigen Verhältnisses der Arzt- und Kassenorganisationen nach sich ziehen könnte, was unter allen Umständen vermieden werden soll.

Die Regierung glaubte jedoch, den geänderten Verhältnissen in anderer Weise Rechnung tragen zu können. Mit Bekanntmachung vom 22. November 1917, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 1085), die am 1. Dezember 1917 in Kraft getreten ist (§ 5), wurde die Möglichkeit der Erhöhung des Höchstsatzes des Grundlohnes geschaffen und gleichzeitig auch eine den wirtschaftlichen Verhältnissen der Kassenmitglieder und den Teuerungsverhältnissen mehr Rechnung tragende Bemessung des Kranken- und Wochengeldes als zulässig anerkannt.

1. Die Erhöhung des Höchstsatzes des Grundlohnes (§ 1).

Der Grundlohn, nach dem die baren Leistungen der Kassen, sowie die Beiträge bemessen werden, ist gemäß § 180 RVO. entweder der durchschnittliche Tagesentgelt oder der wirkliche Arbeitsverdienst Versicherter. Der erstere soll dabei aber nur so weit berücksichtigt werden, als er 5 M oder, sofern ihn die Satzung nach dem wirklichen Arbeitsverdienst oder nach der verschiedenen Lohnhöhe der Mitglieder stufenweise festsetzt, 6 M nicht übersteigt. Bei den heutigen Lohnhöhen, bei denen ein Tagesverdienst von 10—15 M nicht zu den Seltenheiten gehört, müssen es die Versicherten unter Umständen als Unbilligkeit empfinden, wenn solchen Einnahmen im Erkrankungsfall als Ersatz lediglich ein Krankengeld von 2,50 M bis höchstens 3 M gegenübersteht, zumal die Kaufkraft dieser Beträge längst nicht mehr diejenige der Friedenszeit ist. Gern werden die hochgelohnten Arbeiter für die Aussicht auf höhere Krankengeldbezüge eine Erhöhung der Beiträge, wie sie mit einer Hinaufsetzung des Grundlohnes notwendigerweise verbunden ist, auf sich nehmen. Der Unterschied zwischen Lohn- und Krankengeld bleibt, da ja eine Änderung des § 182 Ziff. 2 RVO. nicht einzutreten hat, immerhin noch so stark, daß ein Anreiz zur Krankmeldung nicht zu befürchten ist. Ziehen so die Arbeitnehmer aus einem Hinaufsetzen der Höchstgrenze des Grundlohns nur Vorteile, so bringt eine solche Maßnahme für den Arbeitgeber allerdings eine Belastung ohne jede andere Gegenleistung mit sich. Es ist jedoch nicht außer acht zu lassen, daß die Betriebe, in denen gegenwärtig so außerordentlich hohe Löhne gezahlt werden, auch mit entsprechend reichlichen Gewinnen zu rechnen haben, so daß den Arbeitgebern eine geringe Mehrleistung für soziale Zwecke schon zugemutet werden kann. Die Krankenkassen selbst aber gewinnen bei einer Erhöhung der Grundlöhne nur. Denn lediglich ihre Auslagen steigen entsprechend den erhöhten Beiträgen. Die Sachleistungen und die Verwaltungskosten bleiben jedoch im allgemeinen gleich. Es ist den Kassen also die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Stärkung gegeben, die je nach ihrer Leistungsfähigkeit noch im Kriege zur Einführung mancher

Mehrleistungen Anlaß geben sollte oder doch die Widerstandskraft gegenüber der nach Kriegsende zweifellos kommenden starken Anspannung zu stärken vermag.

Alle die genannten Erwägungen ließen daher eine Hinaufsetzung des zulässigen Höchstsatzes des Grundlohnes als dringend am Platze erscheinen. Sie wurde in der Weise vorgenommen, daß bei Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts als Grundlohn (§ 180 Abs. 1 RVO.) die obere Grenze von fünf auf acht Mark, bei Berechnung nach der verschiedenen Lohnhöhe (§ 180 Abs. 2 RVO.) und nach dem wirklichen täglichen Arbeitsverdienst (§ 180 Abs. 2 RVO.) die obere Grenze von sechs auf zehn Mark erhöht wurde.

Diese Erhöhung mußte notwendigerweise auch eine Änderung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1916 über Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland (RGBl. S. 1383) nach sich ziehen, deren § 4 als Grundlohn den wirklichen Arbeitsverdienst der Versicherten bis zu sechs Mark für den Arbeitstag vorsieht; diese Höchstgrenze wird nunmehr gleichfalls auf zehn Mark festgesetzt.

Die übrigen für die Festsetzung des Grundlohns maßgebenden Bestimmungen der RVO. werden durch die neue Verordnung nicht berührt. Es ist also Sache des Ausschusses der Kasse, in ungetrennter Abstimmung (§ 345 Abs. 1 Ziff. 6, Abs. 2) über die mit der Erhöhung des Grundlohnes eintretende Satzungsänderung zu beschließen; auch ist neben der Genehmigung des Oberversicherungsamtes zur Satzungsänderung gegebenenfalls (§ 180 Abs. 3 RVO.) die Zustimmung des Oberversicherungsamtes zu erholen.

2. Die Erhöhung des Krankengeldes (§ 3).

Bisher gilt als Regel, daß das Krankengeld und damit das Wochengeld und das Hausgeld im gleichen Verhältnis zur Höhe der Beiträge steht. Versicherungstechnisch und versicherungsrechtlich zweifellos richtig, liegt in dieser Maßnahme doch auch eine gewisse unsoziale Regelung. Denn das Krankengeld, bestimmt dem Versicherten im Falle der Erkrankung den ausfallenden Arbeitsverdienst zu ersetzen und seinem und seiner Angehörigen Unterhalt zu dienen, bedarf zweifellos einer gewissen Angleichung an die Zahl dieser unterhaltungsberechtigten Personen. Man wende nicht ein, daß ja auch der Lohn diese Anpassung nicht kenne. Der Lohn als solcher mag in dieser Beziehung ausreichend sein, seine Herabminderung, und eine solche liegt beim Bezug von Krankengeld vor, wird aber stets empfindlich ins Gewicht fallen.

Die Verordnung sieht daher vor (§ 3 Ziff. 1), daß ein gewisser nicht unbilliger Ausgleich dadurch geschaffen wird, daß eine Abstufung des Krankengeldes für Verheiratete und Ledige, sowie nach der Zahl der Kinder und sonstigen Angehörigen, die der Versicherte bisher von seinem Arbeitsverdienste ganz oder überwiegend unterhalten hat, zugelassen wird. Die Bestimmung darüber, daß und wie dies geschehen soll, überläßt die Verordnung der Satzung der einzelnen Kassen. Wird eine solche Bestimmung getroffen, so berührt sie ohne weiteres auch das Hausgeld und das Wochengeld, letzteres allerdings vorbehaltlich einer nicht im Sinne von § 3 Ziff. 3 der Verordnung (s. u.) getroffenen Maßnahme, da sich ja deren Betrag gemäß §§ 186, 195 RVO. nach dem des Krankengeldes richtet.

Es mag nun nicht unzweckmäßig sein, von einer allgemeinen Erhöhung des Krankengeldes abzusehen. Bei manchen Krankenkassen reicht nämlich das Krankengeld in den oberen Mitgliederklassen und Lohnstufen aus, während es bei den unteren Klassen und Stufen bei der jetzigen Teuerung ein Auskommen nicht mehr ermöglicht. Hier würde eine prozentuale Erhöhung ungerecht wirken. Die Verordnung sieht daher weiter vor (§ 3 Ziff. 2), daß für alle oder nur für die niedrigeren Mitgliederklassen und Lohnstufen Zuschläge zum Krankengeld in einem für alle gleich hohen oder für die niedrigeren

von ihnen erhöhten Betrage bewilligt werden können. Sie denkt also an feste Zuschläge, z. B. 2 *M* für die Woche, wie sie bekanntlich bereits von einigen Kassen eingeführt sind. Sie läßt es aber auch der Satzung frei, den Zuschlag nur für die unteren Klassen zu bewilligen oder ihn nach unten zu erhöhen, so daß z. B. wöchentlich 2 *M* auf die unterste, 1½ *M* auf die zweite und 1 *M* auf die dritte Stufe kommen. Es versteht sich von selbst, daß hierbei jedoch der Betrag des Krankengeldes für eine Stufe absolut nicht höher werden darf als derjenige für eine höhere Stufe.

Ziff. 3 des § 3 beschäftigt sich ausschließlich mit dem Wochengeld der Reichsversicherung. Ausgehend von dem Gedanken, daß es im Interesse eines ausgedehnten Mutter- und Säuglingsschutzes liegt, das Wochengeld möglichst ausgiebig zu gestalten und so seinen an sich dem Krankengeld gleichen Betrag dem aus Reichsmitteln gewährten und durch die Bekanntmachung vom 6. Juni 1917 (RGBl. S. 477) erhöhten Betrage anzugleichen, gestattet die Verordnung, daß das Wochengeld höher als das Krankengeld bemessen wird. Die Verordnung sieht leider nicht vor, daß auch dies so erhöhte Wochengeld bei Zusammentreffen von Reichs- und Kassenwochenhilfe den Kassen aus Reichsmitteln zurückersetzt wird; es muß also angenommen werden, daß die Verordnung den erhöhten Betrag ebenso wie den bisherigen dem Krankengeld gleichen Betrag als „satzungsmäßige" nicht ersetzbare Leistung im Sinne des § 5 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, des § 14 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 und des § 18 derjenigen vom 6. Juli 1917 erachtet. Damit bedeutet die Einführung des höheren Wochengeldes eine Belastung der Krankenkassen zugunsten des Reichs, eine Verschlechterung gegenüber dem bisherigen Zustand, die leicht dazu führen kann, daß die Krankenkassen davon Abstand nehmen, die so außerordentlich wünschenswerte Ausgestaltung der Mutterschaftsfürsorge durchzuführen. Die gleichen Bedenken gelten selbstverständlich für die Fälle, in denen ein aus der Erhöhung des Krankengeldes nach § 3 Ziff. 1 sich ergebendes Kassenwochengeld mit Reichswochengeld zusammentrifft. Die Verordnung läßt ferner die Frage unberührt, wie es in den Fällen zu halten sei, in denen Wochenbett und Krankheit zusammentreffen. Nach § 195 Abs. 3 RVO. wird Wochengeld neben Krankengeld nicht gewährt. Es ist wohl allgemein anerkannt, daß das Wochengeld überhaupt nicht in Lauf gesetzt wird, wenn die Entbindung in die Zeit eines bereits laufenden Krankengeldbezugs fällt. Soll hier nun die Wöchnerin um ihr erhöhtes Wochengeld kommen? Ich möchte die Frage verneinen und für die Dauer der Wochenhilfefrist einer Erhöhung des Krankengeldes um den in Frage kommenden Differenzbetrag das Wort reden; allerdings hätte für den Fristenlauf des § 182 Ziff. 2 RVO. auch dieses durch einen Zuschlag erhöhte Krankengeld als Krankengeld und nicht als Wochengeld zu gelten.

Die Verordnung macht die sämtlichen in § 3 vorgesehenen Erhöhungen von der Zustimmung des Oberversicherungsamtes abhängig, und läßt sie nur bis zu der Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohnes zu. Sie beschränkt daher die Erhöhung auf die bereits in § 191 Abs. 1 RVO. für das als Mehrleistung zulässige erhöhte Krankengeld vorgesehene Höchstgrenze. Maßgebend wird hierbei für den Gesetzgeber der Umstand gewesen sein, daß bei einer allzu starken Annäherung des Krankengeldes an den Arbeitsverdienst die Gefahr häufiger Simulation gegeben ist. Dies kann für das Krankengeld immerhin in Erwägung gezogen werden. Für das Wochengeld ist eine solche Annahme grundlos. Es ist daher zu bedauern, daß auch hier die Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohns vorgesehen ist. Hierdurch wird den Krankenkassen die Möglichkeit genommen, in allen den Fällen, in welchen das satzungsmäßige Krankengeld unter dem Betrage des Reichswochengeldes bleibt, eine Erhöhung auf dieses vorzunehmen, Kassen- und Reichswochengeld also

einander gleichzustellen und so eine von den Versicherten meist nicht verstandene Ungleichheit in der Behandlung zu beseitigen.

3. Änderung des Gesetzes v. 4. August 1914 betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (RGBl. S. 337).

Durch das sogenannte Sicherungsgesetz sind mit Wirkung von Kriegsbeginn ab die Leistungen der Krankenkassen auf die Regelleistungen beschränkt und die Beiträge einheitlich auf 4,5 Prozent des Grundlohns festgesetzt worden. Die Besorgnisse der wirtschaftlichen Entwicklung, die dieser Maßnahme zugrunde lagen, haben sich nicht erfüllt; die finanzielle Lage der Krankenkassen ist vielmehr eine äußerst günstige geblieben. Nun ermöglicht es zwar das Sicherungsgesetz den Krankenkassen, Mehrleistungen beizubehalten oder wieder einzuführen oder geringere Beiträge zu erheben. Dagegen gestattet es ihnen nicht, über das Beitragsmaß von 4,5 Prozent des Grundlohns hinauszugehen. Dadurch werden viele Kassen gehindert, ihren Mitgliedern Mehrleistungen zuzuwenden, deren Wieder- oder Neueinführung ihnen gerade in der Kriegszeit sehr am Herzen liegen kann. Selbst wenn Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in den Kassenorganen völlig einig in dem Willen sind, die mit der Einführung der Mehrleistung etwa verbundene Beitragserhöhung auf sich zu nehmen, steht die gesetzliche Vorschrift diesem Beginnen entgegen. Die Verordnung setzt daher die Regel des § 388 RVO. wieder in Kraft (§ 2) und gestattet den Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, bei denen die Beiträge von 4,5 Prozent zur Deckung der Regelleistungen ausreichen, auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und der Versicherten im Ausschuß zur Deckung von Mehrleistungen die Beiträge über 4,5 Prozent bis auf 6 Prozent zu erhöhen. Die Beitragserhöhung hat nur dem Zwecke der Einführung von Mehrleistungen zu dienen und ist nur dann zulässig, wenn mit den 4,5 Prozent Regelleistungen und Verwaltungskosten gedeckt werden können.

Ob hierbei alte, schon vor dem Kriege vorhandene Mehrleistungen nur wieder eingeführt, oder neue Mehrleistungen in die Kassensatzung aufgenommen werden sollen, ist gleichgültig. Die Frage gewinnt jedoch ein gewisses Interesse für das zur Einführung einzuschlagende Verfahren. § 2 der Verordnung vom 22. November 1916 will eine Abweichung vom Sicherungsgesetz geben, das selbst auch weiterhin bestehen bleibt. Es gilt also auch für die fernere Dauer des Krieges, daß an sich die Leistungen der Krankenkassen auf die Regelleistungen beschränkt und die Beiträge auf 4,5 Prozent festgesetzt bleiben, und daß innerhalb dieses Beitragssatzes als Höchstgrenze die Erhebung niedrigerer Beiträge und die Gewährung höherer Leistungen von der Genehmigung des Versicherungsamtes (Beschlußausschuß) abhängig ist. Handelt es sich hierbei nicht um die Wiedereinführung bereits vor dem 4. August 1914 vorhandener Mehrleistungen, sondern um deren Neueinführung, so ist nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 16. September 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 754) zunächst das Verfahren wegen Satzungsänderung durchzuführen und die Genehmigung des Oberversicherungsamts zu erholen.

Zu diesen bisherigen Bestimmungen tritt nun noch die weitere Möglichkeit der Erhöhung der Beiträge über 4,5 Prozent bis 6 Prozent, zu dem ausgesprochenen Zwecke, die Kosten von wieder oder neu einzuführenden Mehrleistungen zu decken. Für die Einführung solcher Mehrleistungen kommen vier Möglichkeiten in Betracht. Es können nämlich:

a) die einzuführenden Mehrleistungen und die Erhöhung der Beiträge auf einen zwischen 4,5 und 6 Prozent liegenden Satz bereits vor dem 4. August 1914 bestanden und nur mit Rücksicht auf das Sicherungsgesetz inzwischen geruht haben;

b) die einzuführenden Mehrleistungen bereits vor dem 4. August 1914 bestanden, inzwischen aber gemäß dem Sicherungsgesetz geruht haben, der vorgesehene Beitragssatz aber noch nicht in der Satzung enthalten gewesen sein;

c) die einzuführenden Mehrleistungen bisher nicht vorgesehen gewesen sein, während der in Frage kommende vorgesehene Beitragssatz bereits vor dem 4. August 1914 erhoben, mit Rücksicht auf das Sicherungsgesetz aber auf 4,5 Prozent herabgesetzt worden ist;

d) die einzuführenden Mehrleistungen und der vorgesehene Beitragssatz bisher in der Satzung nicht enthalten gewesen sein.

In den Fällen b und c handelt es sich also um eine teilweise, im Falle d um eine vollständige Satzungsänderung, während im Falle a lediglich der vor Erlaß des Sicherungsgesetzes bestandene Zustand wieder hergestellt werden soll. In den drei erstgenannten Fällen ist also die Genehmigung des Oberversicherungsamtes nach § 324 RVO. zu erholen. Ist nun außerdem noch die Genehmigung des Versicherungsamtes nach § 1 Abs. 2 des Sicherungsgesetzes erforderlich? Meines Erachtens nein. Diese Genehmigung ist nach dem Wortlaut des Gesetzes nur notwendig, wenn es sich um die Wieder- oder Neueinführung von Mehrleistungen bei einem Beitragssatz von 4,5 Prozent oder weniger handelt. Die Einführung von Mehrleistungen unter gleichzeitiger Erhöhung der Beiträge ist eine durchaus selbständige, von den Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 des Sicherungsgesetzes unabhängige Sache. Die Sicherung gegen ein etwaiges unberechtigtes Vorgehen der Kassenorgane wird in den Fällen, in denen eine Satzungsänderung mit in Frage steht (b, c, d) dadurch getroffen, daß das Oberversicherungsamt vor Genehmigung der Satzung zu prüfen hat, ob denn die Kasse mit 4,5 Prozent Beiträge ihre Regelleistungen zu decken vermag und ob die vorgesehene Erhöhung der Beiträge über diesen Satz zur Deckung der vorgesehenen Mehrleistungen ausreicht, soweit also die Leistungsfähigkeit der Kasse gesichert ist. In dem einzigen Falle (a), in dem es sich nur um die Wiederherstellung eines bereits vor dem 4. August 1914 bestandenen Zustandes handelt, also eine Satzungsänderung nicht in Frage steht, kommt irgendeine Genehmigung überhaupt nicht in Frage. Denn da wie erwähnt dem Versicherungsamt durch das Sicherungsgesetz eine Genehmigung zur Erhebung höherer Beiträge als 4,5 Prozent nicht zusteht, hier aber die Einführung der Mehrleistung auf das engste mit der Erhöhung der Beiträge, deren Voraussetzung sie ist, zusammenhängt, scheidet ein Genehmigungsverfahren seitens des Versicherungsamtes ebenfalls aus. Es wird lediglich Sache des Versicherungsamtes als Aufsichtsbehörde sein, darüber zu wachen, daß die Kasse bei Wiederherstellung des vor dem 4. August 1914 bestandenen Zustandes nicht gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt oder ihre Leistungsfähigkeit gefährdet.

4. Ergänzung des § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257).

In letzter Linie beschäftigt sich die Verordnung (§ 4) mit der Beseitigung eines Mißstandes, wie er sich im Vollzug des § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 über die Ausdehnung der Wochenhilfe aus Anlaß des Krieges ergeben hat. Bekanntlich kann den Wöchnerinnen unehelicher Kriegerkinder nur dann die Wochenhilfe bewilligt werden, wenn für das Kind die Reichsfamilienunterstützung gezahlt wird. Dies ist nun in den Fällen unmöglich, in denen es sich um Kinder von Kapitulanten handelt, die überhaupt nicht zu dem Kreis der unter das Familienunterstützungsgesetz fallenden Bevölkerungsteile gehören, oder in denen es sich um Totgeburten handelt oder in denen der uneheliche Vater vor der Geburt des Kindes bereits wieder aus dem Heeresdienst ausgeschieden, aber an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit noch

verhindert ist. In ersterem Falle hat die Bekanntmachung vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200) bereits eine Änderung gebracht, in den letzteren Fällen ist vielfach (vgl. Bescheid des Reichsamts des Innern vom 27. 9. 15 und 5. Mai 1917 „Arbeiter-Versorgung" 1915 S. 779; 1917 S. 517) durch eine milde Gesetzesauslegung geholfen worden. Nun gibt die Verordnung der bisher geübten Praxis die rechtliche Grundlage, indem sie bestimmt, daß für uneheliche Kinder der Anspruch auf Wochenhilfe nach § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 auch dann gegeben ist, wenn zwar Unterstützung nach § 2 Abs. 1 c des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 332) nicht gewährt wird, aber die Verpflichtung eines Kriegsteilnehmers zur Gewährung des Unterhalts für das Kind festgestellt und die Mutter minderbemittelt ist. Die Verordnung sagt nicht, wodurch die Minderbemitteltheit der Mutter bewiesen wird; man wird annehmen können, daß hierfür der in der Bekanntmachung vom 1. März 1917 niedergelegte Grundsatz gilt, daß also Minderbemitteltheit vorliegt, wenn die Wöchnerin höchstens über ein Gesamteinkommen von 1500 *M* zuzüglich 250 *M* für jedes schon vorhandene Kind unter 15 Jahren verfügt.

Durch die neue Bestimmung ist nun auch die Grundlage geschaffen, den Wöchnerinnen unehelicher Kinder von Offizieren und Militärbeamten in Offiziersrang, denen bisher die Reichswochenhilfe versagt war, diese zuzuwenden.

Die Reorganisation des preußischen Herrenhauses und die Träger der sozialen Versicherung.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

Der dem preußischen Landtage vorgelegte Gesetzentwurf über die Umformung des preußischen Herrenhauses sieht die Vertretung bestimmter Körperschaften und Interessentengruppen im Herrenhause vor. Unter diesen Berechtigten sucht man vergebens die Träger der Sozialversicherung. Gerade in den schweren Zeiten, die wir jetzt durchleben, hat man mit dem Lobe für die Leistungen der Arbeiterversicherung nicht gekargt. Mehr als in Friedenszeiten sind sich weite Kreise darüber klar geworden, welcher Gewinn nicht bloß für die Volkswohlfahrt, sondern auch für den Staatsgedanken aus der Arbeiterversicherung geflossen ist. Der für unsere Feinde so überraschende einmütige Zusammenschluß aller Volkskreise zum Schutze des angegriffenen Vaterlandes, das fest in uns wurzelnde Bewußtsein von dem endgültigen Siege der deutschen Sache in dem gewaltigen Völkerringen, der „deutsche Siegeswille", um ein Wort des Präsidenten Kaufmann zu gebrauchen, das alles findet ja seine Ursache mit in der sozialen Gesetzgebung. Nicht der Buchstabe des Gesetzes ist es, sondern der Geist, in dem in mehr als drei Jahrzehnten dieses Erbe Bismarckscher Staatskunst durchgeführt ist. Hier, bei der Neuschaffung des preußischen Herrenhauses, wäre die Gelegenheit gewesen, die von allen Seiten so reichlich gespendeten Worte der Anerkennung in Taten umzusetzen und je einen Vertreter der preußischen Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen in das Herrenhaus zu berufen.

Man könnte einwenden, daß die Sozialversicherung eine Angelegenheit des Reiches, nicht der Bundesstaaten ist. Abgesehen davon, daß an vielen Stellen der RVO. eine Mitwirkung der bundesstaatlichen Verwaltungsbehörden vorgesehen ist, sind die Versicherungsträger an der Gestaltung einer ganzen Reihe von Fragen, die zur einzelstaatlichen Zuständigkeit gehören, interessiert. Man denke, um nur einige Beispiele zu nennen, an das Wohnungswesen, an die Gesundheitspolizei, an die Lösung der Prostitutionsfrage, die mit der Bekämpfung

der Geschlechtskrankheiten im engsten Zusammenhange steht, an die innere Kolonisation usw. Es sind gewaltige Aufgaben der Volkswohlfahrt, die gerade in der Zeit nach dem Friedensschluß der Erledigung harren, Aufgaben, an denen die Versicherungsträger zum Teil schon seit langen Jahren und mit Aufwendung nicht unbeträchtlicher Mittel gearbeitet haben.

Gegen den Einwand, daß in anderen Bundesstaaten eine solche Vertretung der Sozialversicherung in der ersten Kammer auch nicht besteht, sei an das Wort des Fürsten Bülow erinnert: „Preußen in Deutschland voran". Mag in Preußen der Anfang gemacht werden, die anderen Bundesstaaten werden dann bei der Reorganisation ihrer ersten Kammer an der Frage nicht vorbeigehen können.

Schließlich vermag auch der Hinweis darauf, daß der König aus Allerhöchstem Vertrauen 150 Personen in das Herrenhaus berufen kann, daß also die Möglichkeit gegeben ist, die hier gewünschte Berufung von Vertretern der Sozialversicherung vorzunehmen, diese Forderung nicht zu entkräften. Es ist ein Unterschied, ob die Berufung von dem guten Willen der Krone oder ihrer gesetzmäßigen Berater abhängt, oder ob ein Recht auf Berufung besteht. Wenn im preußischen Herrenhaus alle die Kräfte ein Recht auf Vertretung haben sollen, die im preußischen Staate lebendig wirken, dann dürfen auch die Vertreter der Sozialversicherung nicht fehlen. Von sekundärer Bedeutung ist es, ob man den preußischen Versicherungsträgern ein Vorschlagsrecht einräumen soll oder nicht. Vielleicht sieht man besser davon ab, weil die Ausübung eines solchen Präsentationsrechts bei der großen Zahl der Krankenkassen nur durch ein verwickeltes Wahlverfahren möglich wäre. Bei den preußischen Versicherungsanstalten wäre dies leichter durchzuführen.

Nur von den Landesversicherungsanstalten und den Krankenkassen ist hier die Rede gewesen. Für die Berufsgenossenschaften scheint mir ein solches Bedürfnis nicht zu bestehen. Ganz abgesehen davon, daß die Berufsgenossenschaften vielfach über das Gebiet eines einzelnen Bundesstaats hinausgehen, sind sie lediglich die Zusammenfassung der einzelnen Betriebsunternehmer, und Handel, Industrie und Landwirtschaft sind schon in dem Gesetzentwurf berücksichtigt. Die Angestelltenversicherung mit dem einen über das ganze Reich sich erstreckenden Versicherungsträger kommt ebenfalls nicht in Frage. Einmal darf man vielleicht hoffen, daß diese verunglückte Sonderversicherung und damit die Reichsversicherungsanstalt bald von der Bildfläche verschwinden und in die allgemeine Invalidenversicherung eingegliedert werden wird; sodann ist die Zahl der Versicherten, von denen noch fast drei Viertel schon jetzt der allgemeinen Invalidenversicherung angehören, viel zu klein, um eine besondere Vertretung im Herrenhaus zu rechtfertigen.

Aufgabe der preußischen Landesversicherungsanstalten und der Krankenkassen ist es, zu der hier aufgeworfenen Frage schleunigst Stellung zu nehmen, damit sie rechtzeitig ihre Wünsche an den maßgebenden Stellen zur Geltung bringen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bedeutung des Pauschersatzes für Krankenpflege nach § 1503 Abs. 1 RVO.

Entscheidung des **Württ. Oberversicherungsamts**, Spruchkammer Reutlingen, vom 13. September 1917.

Der Hilfsarbeiter Wilhelm U. hat am 8. August 1916 einen Betriebsunfall erlitten und war an den Folgen dieses Unfalls vom 8. August 1916 bis 16. Januar 1917 krank und arbeitsunfähig. Die Allgemeine Ortskrankenkasse gewährte satzungsgemäß bis zu letzterem Zeitpunkt Krankenpflege und Krankengeld in Lohnstufe V (50 v. H. des Grundlohns von 4 *M*). Vom Beginn der fünften Krankheitswoche an erhielt U. erhöhtes Krankengeld (§ 573 RVO.). Die Berufsgenossenschaft leistete der Kran-

kenkasse für die über die 13. Woche hinaus gewährten Leistungen durch die hälftige Unfallrente des U., sowie durch Bezahlung des Unterschiedes zwischen satzungsmäßigem Krankengeld und erhöhtem Krankengeld Ersatz. Für die über die 13. Woche hinaus von der Krankenkasse gewährte Krankenpflege den in § 1503 Abs. 1 RVO. vorgesehenen Betrag von $^3/_8$ des Grundlohns zu ersetzen, weigerte sich die Berufsgenossenschaft, weil § 1503 Abs. 1 RVO. so aufzufassen sei, daß $^3/_8$ des Grundlohns nur für diejenigen Tage der über die 13. Woche hinausgehenden Krankheitszeit, an denen eine ärztliche Behandlung wirklich stattgefunden habe, Ersatz zu leisten sei. Die Ortskrankenkasse erhob darauf Klage gegen die Berufsgenossenschaft, indem sie für die Zeit vom 8. November 1916 bis 16. Januar 1917 auf 70 Tage $^3/_8$ von 4 *M*, zusammen also 105 *M*, beanspruchte. Sie betonte, daß es sich hier um einen Pauschalsatz handle, und berief sich auf die grundsätzliche Entsch. des RVA. vom 31. Mai 1915, Amtl. Nachr. 1915 S. 672. Die Berufsgenossenschaft führte aus: Die Fassung des § 1503 Abs. 1 RVO. sei ungenau und habe wiederholt Anlaß zu Meinungsverschiedenheiten gegeben, die das Reichsversicherungsamt durch seine Bemühungen hinsichtlich der vertraglichen Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaft und Krankenkasse zu beseitigen bestrebt gewesen sei (Amtl. Nachr. 1913 S. 688). Die beteiligten Kreise hätten bald erkannt, daß der § 1503 Abs. 1 RVO. leicht eine Quelle der Bereicherung der Krankenkassen zu Lasten der Berufsgenossenschaften sein könne, wie umgekehrt der § 1513 eine solche der Berufsgenossenschaften zum Schaden der Krankenkassen, wenn die Bestimmungen rücksichtslos, ohne Beobachtung der besonderen jeweiligen Verhältnisse und des Grundsatzes von Recht und Billigkeit durchgeführt werden. Um die hieraus sich ergebenden Streitigkeiten zu vermeiden, sei die vertragliche Regelung angebahnt worden, mit dem Grundgedanken, daß eine Bereicherung nicht stattfinden und die Vergütung den tatsächlichen Aufwendungen entsprechen solle. Besonders hinsichtlich des Ersatzes für Krankenpflege bei Verletzten, die vom Arzt ambulant in mehrtägigen Zwischenräumen behandelt werden, würde der Ersatz, wenn er nach dem Zeitraum und nicht nach der Anzahl der Behandlungen berechnet würde, einen Betrag ergeben, der die hierfür nach der Gebührenordnung der Ärzte festgesetzten Beträge wesentlich übersteige. Daß dies die Absicht der Gesetzgeber bei der Abfassung des § 1503 bzw. § 1513 gewesen sein solle, müsse die Berufsgenossenschaft füglich bestreiten. Im vorliegenden Falle habe die Krankenkasse in der Zeit vom 8. November 1916 bis 16. Februar 1917 für 70 Tage 105 *M* berechnet, wogegen die ärztliche Behandlung durch Dr. M. nur an 10 Tagen stattgefunden habe. Wollte man dem Antrage der Krankenkasse entsprechen, so würde **eine** Behandlung auf 10.50 *M* zu stehen kommen, ein Betrag, der als unerhört hoch zu bezeichnen wäre und eine ungerechtfertigte Bereicherung der Krankenkasse darstellen würde. Dem gegenüber beharrte die Krankenkasse durchaus auf ihrer Forderung.

Der Spruchausschuß des Versicherungsamts hat die Berufsgenossenschaft verurteilt, an die Krankenkasse 105 *M* zu bezahlen. Die Entscheidung führt aus: Da der Pauschbetrag von $^3/_8$ des Grundlohns die Kosten der Krankenpflege ersetzen solle, Krankenpflege aber, vorbehaltlich des § 183 RVO., für die ganze Dauer der Krankheit zu gewähren sei, so sei der Pauschbetrag für die ganze Zeit vom 8. November 1916 bis 16. Januar 1917, also nicht nur für einzelne Tage, an denen der Arzt in Anspruch genommen worden sei, zu bezahlen. Der Einwand der Beklagten, daß die tatsächlichen Aufwendungen der Klägerin weit geringere seien als der Pauschbetrag, und daß deshalb die Klägerin den Pauschbetrag nicht fordern könne, verdiene keine Berücksichtigung. Denn die Festsetzung von Pauschbeträgen für die Geltendmachung von Ersatzansprüchen im Sinne des § 1503 RVO. bezwecke ja gerade, den Ersatzberechtigten von dem oft schwer zu erbringenden Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen zu befreien.

Die von der Berufsgenossenschaft gegen diese Entscheidung eingelegte Berufung wurde als unbegründet verworfen aus folgenden **Gründen**:

Das Oberversicherungsamt hat der versicherungsamtlichen Entscheidung, welche die Rechtslage zutreffend würdigt, beigepflichtet. Die Berufungsklägerin verkennt in der Tat den Zweck der Vorschrift des § 1503 der RVO., der zufolge für Krankenpflege **als Pauschbetrag** $^3/_8$ des Grundlohns zu ersetzen sind, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt. Neben der schon hervorgehobenen Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 31. Mai 1915 (2091, Amtl. Nachr. 1915 S. 672) spricht auch die Gesetzesbegründung und die einschlägige Literatur klar und deutlich für die Richtigkeit der von der Klägerin, Berufungsbeklagten, vertretenen Auffassung. In der Gesetzesbegründung S. 453, 454 ist ausgeführt, daß der Pauschbetrag von $^3/_8$ des Grundlohns als Ersatz für die Krankenpflege **im Durchschnitt** nicht zu hoch bemessen sei. **Laß** betont im Kommentar zum 5. Buch der RVO. S. 434 Note 2 zum § 1503, daß der Pauschsatz der Ersatzleistung gegenüber dem bisherigen Recht (§ 25 Abs. 3 GewUnfVersGes. „die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden") einerseits für den Regelfall erhöht, zum anderen durch Beseitigung der Möglichkeit, höhere Aufwendungen zu liquidieren, ermäßigt ist. **Düttmann-Appelius** usw., Kommentar zum 5. Buch der RVO. S. 249 Note 3 sagt: „Der Nachweis eines höheren Aufwandes ist nicht zulässig, **desgleichen nicht der eines niedrigeren.**" Siehe auch Kommentar von Köhler, Biesenberger usw., 5. Buch der RVO. S. 15 Note 2 und Monatsschr. für Arb.- u. AngestVers. 1915 S. 380. Da die Klägerin, Berufungsbeklagte, der vertraglichen Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen gemäß §§ 1513, 1501, 1503 der RVO. (Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 688 ff.) nicht beigetreten ist, so ist im vorliegenden Falle allein der § 1503 RVO. maßgebend. Hiernach ist die Beklagte, Berufungsklägerin, mit Recht verurteilt worden, der Klägerin, Berufungsbeklagten, 105 *M* — abzüglich der bereits gezahlten 15 *M* — zu ersetzen.

B. Zur Krankenversicherung.

Meldepflicht bei Verlegung des Betriebs in den Bezirk einer anderen Kasse.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Oktober 1917 (II K. 72/17 B).

Frau L. unterhielt in Berlin eine Schneiderstube. Sie hat diese am 1. Oktober 1916 nach Pankow verlegt. Die Beiträge für die von ihr beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeiterinnen hat sie über den bezeichneten Zeitpunkt hinaus an die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin entrichtet, bis daß die Allgemeine Ortskrankenkasse Pankow sie gleichfalls wegen Leistung von Beiträgen vom 1. Oktober 1916 ab in Anspruch nahm. Nunmehr verlangte Frau L. von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin Rückzahlung der irrtümlich gezahlten Beiträge. Die Kasse lehnte dieses jedoch ab mit der Begründung, daß Frau L. zur Abmeldung der von ihr beschäftigten Arbeiterinnen verpflichtet gewesen sei (§§ 317 Abs. 1, 397 Abs. 1 RVO.).

Das Versicherungsamt erachtete den Anspruch für begründet und verurteilte die Kasse zur Rückzahlung. Die von der Kasse erhobene Beschwerde wurde vom Oberversicherungsamt zur grundsätzlichen Entscheidung nach §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben, welches die Entscheidung des Versicherungsamts aufhob und den Anspruch der Klägerin abwies aus folgenden Gründen:

Die Vorinstanzen gehen davon aus, daß eine durch Verlegung der Arbeitsstätte bedingte Änderung des Beschäftigungsorts bei unveränderter Weiterbeschäftigung der versicherungspflichtigen Personen keine die Versicherungspflicht berührende Änderung des Beschäftigungsverhältnisses darstelle. Der Senat vermochte dieser Ansicht nicht beizutreten. Die Kassenzugehörigkeit der versicherungspflichtigen Mitglieder der Ortskrankenkasse gründet sich auf eine versicherungspflichtige Beschäftigung in dem räumlich begrenzten Kassenbezirk. Wird die Beschäftigung an einen Ort außerhalb des Kassenbezirks verlegt, so entfällt, vorbehaltlich der besonderen Vorschriften des § 153 Abs. 2 ff. RVO., die Versicherungspflicht bei der bisherigen Kasse, und gleichzeitig beginnt die Versicherungspflicht bei einer anderen Kasse. Hiernach berührt die Änderung des Beschäftigungsorts nicht lediglich die Kassenzugehörigkeit, sondern auch die Versicherungspflicht. Sie ist daher nach § 317 Abs. 1 Satz 2 RVO. der Kasse zu melden. Schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes hielt die Rechtsprechung solche Änderung des Beschäftigungsorts für meldepflichtig mit der Begründung, daß unter den wesentlichen Merkmalen eines Beschäftigungsverhältnisses dem Ort, an dem sie stattfindet, keine geringere Bedeutung zukomme, als den persönlichen Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofes vom 14. Mai 1907, abgedruckt in der ArbVers. 1908 S. 209). In gleichem Sinne ist die Frage auch in der Literatur für das geltende Recht mehrfach beantwortet worden (Hoffmann, Kommentar Anm. 7 zu § 317; Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., Anm. 1d zu § 317 RVO.). Nur eine Entscheidung in diesem Sinne, welcher der Wortlaut des Gesetzes nicht entgegensteht, wird den praktischen Bedürfnissen gerecht. Folgt man der gegenteiligen Auffassung (Hoffmann, Zentralbl. der Reichsvers. 1916 Sp. 867), so würde ein Arbeitgeber bei jedem Ortswechsel bei unveränderter Weiterbeschäftigung seines Personals der Meldepflicht enthoben sein. Dies wäre aber mit einer ordnungsmäßigen Rechnungsführung bei den Krankenkassen unvereinbar. Hiernach konnte der Beschwerde der Kasse der Erfolg nicht versagt bleiben. Die angefochtene Entscheidung war daher aufzuheben und der Anspruch der Frau L. auf Rückzahlung von Beiträgen in Höhe von 37,20 *M* zurückzuweisen.

Nachtrag zu den Verzeichnissen der vom Reichsversicherungsamt auf Grund des § 514 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung zugelassenen Ersatzkassen.

Vom 26. Oktober 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 590).

Die nachstehenden in dem Verzeichnis Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1914 S. 810/811 *) aufgeführten Ersatzkassen haben ihre Namen wie folgt geändert:

Nr. 3 heißt vom 1. Januar 1918 ab „Krankenkasse des Kaufmännischen Vereins von 1858, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit“ in Hamburg (Ersatzkasse für die Mitglieder der Abteilung A).

Nr. 43 heißt jetzt „Gemeinnützige Kranken- und Sterbekasse“ in Altona (Ersatzkasse für die Mitglieder der Gruppe A).

Nr. 62 heißt jetzt „Krankenkasse für Kaufleute und Privatbeamte in Deutschland (V. a. G.)“ in Barmen (Ersatzkasse für die Mitglieder der Gruppe A).

In dem Verzeichnis Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1915 S. 345 ist die erstgenannte Kasse unter Nr. 2, die letztgenannte unter Nr. 37 aufgeführt. Ihre Namen sind hier gleichfalls zu ändern.

Die Versicherungsbehörden sind nicht zuständig für den Ersatzanspruch eines Arbeitgebers, der dem Versicherten Krankenhilfe gewährt hat.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 22. Mai 1917 (2387 Amtl. Nachr. 1917 S. 592).

Das Oberversicherungsamt hat mit Recht angenommen, daß für den Anspruch des Klägers das Feststellungsverfahren vor den Versicherungsbehörden

*) ArbVers. 1915 S. 189.

nicht zulässig ist. Der Kläger verlangt Ersatz von Kosten der Krankenhilfe, die seiner Meinung nach die Beklagte (Krankenkasse) für den von ihm beschäftigten Knechte hätte aufwenden müssen. Es handelt sich also weder um einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Krankenversicherung, der nach § 1636 RVO. im Spruchverfahren zu verfolgen ist, noch um einen Anspruch auf Leistungen, die nach § 1551 RVO. als Leistungen der Krankenversicherung gelten und deshalb ebenfalls im Spruchverfahren festzustellen sind, sondern um einen Ersatzanspruch. Für Ersatzansprüche greift das Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung, auch soweit ein Träger der reichsgesetzlichen Versicherung in Anspruch genommen wird, indessen nicht allgemein, sondern nur in denjenigen Fällen Platz, in denen die Reichsversicherungsordnung dies vorschreibt (§ 1771 RVO.). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Weder im Fünften Buche der RVO. noch in ihren übrigen Büchern wird dem Arbeitgeber allgemein ein im Spruchverfahren geltend zu machender Ersatzanspruch gewährt, wenn er einem Dritten, hier einem Krankenhaus, Aufwendungen ersetzt hat, die nach seiner Ansicht die Krankenkasse hätte ersetzen müssen. Insbesondere kann auch § 1541 RVO. nicht angewendet werden; denn er setzt voraus, daß der Betriebsunternehmer einen Hilfsbedürftigen „nach gesetzlicher Pflicht" unterstützt hat. Eine solche gesetzliche Pflicht kommt hier nicht in Frage. Ob sie besteht, richtet sich nach Landesrecht. Für Preußen fehlt es an entsprechenden Vorschriften im Sinne des § 1541 RVO., wie des § 57 Abs. 3 des KrVersGes., aus dem er hervorgegangen ist (Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 10. April 1890, Entsch. 19 S. 343). Dem Arbeitgeber könnte daher nur auf Grund der bürgerlichrechtlichen Vorschriften ein Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse zustehen, der im ordentlichen Rechtsweg geltend gemacht werden müßte (zu vgl. auch Hanow-Lehmann, Kommentar Anm. 5 und 7 zu § 1541). Die Frage, ob dem Versicherten selbst ein Anspruch gegen die Kasse zusteht, bedarf sonach nicht der Prüfung.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Übergang der Schweigepflicht des Arztes auf seinen Testamentsvollstrecker.

Entscheidung des **Oberlandesgerichts Posen** vom 5. März 1917.

Auf Antrag einer Frau N., die sich einen Scheidungsgrund verschaffen wollte, sollte der Testamentsvollstrecker des verstorbenen Arztes X. darüber vernommen werden, ob X. nach seinen vom Zeugen einzusehenden ärztlichen Tagebüchern den Beklagten an Syphilis behandelt habe. Er verweigerte sein Zeugnis, und das Oberlandesgericht Posen trat ihm darin bei. Es führte in seiner Entscheidung aus:

Der Arzt selbst war zu seinen Lebzeiten von der Schweigepflicht aus § 383 Nr. 5 der Zivilprozeßordnung nicht entbunden worden mit der Folge, daß er zur Zeugnisverweigerung nicht nur berechtigt, sondern zur Vermeidung seiner Bestrafung (§ 300 StGB.) auch verpflichtet gewesen wäre. Unter das Berufsgeheimnis des X. fielen aber nicht bloß solche Tatsachen, die ihm gelegentlich der ärztlichen Behandlung unmittelbar vom Beklagten mitgeteilt waren, sondern im Zweifel auch alle Wahrnehmungen, die er als Arzt bei ihm gemacht, sowie alle Aufzeichnungen, die er darüber in sein Tagebuch aufgenommen hatte. Aus der „Natur" der Sache ergab sich die Verpflichtung zur Geheimhaltung dieser Tagebuchvermerke ohne weiteres; denn sie enthielten den urkundlichen Niederschlag des dem Arzt anvertrauten Privatgeheimnisses, das nach dem Willen des Arztes und des Kranken ausschließlich ihnen beiden bekannt bleiben sollte. An ihrer Geheimhaltung waren daher beide gleich stark beteiligt, und zwar der Arzt, um das persönliche Vertrauen seiner Kundschaft sich zu erhalten, der Kranke aber, um seine Ehre und Achtung als verheirateter Mann durch Offenbarung einer etwa durch Ehebruch erworbenen Syphilis nicht preiszugeben. Durch die Mitteilung des Tagebuchs an Dritte würde demzufolge der Arzt nicht nur nach der allgemeinen Anschauung einen schweren Vertrauensbruch begehen, sondern geradezu den Tatbestand des § 300 StGB. erfüllen. Bestand hiernach für den Erblasser die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und erstreckte sie sich auch auf seine Tagebuchvermerke, so ist die Annahme gerechtfertigt, daß Arzt und Patient auch für die Zeit nach dem Tode des Arztes die Geheimhaltung gewollt haben. An diesen Willen des Arztes ist auch sein Vollstrecker gebunden. Demzufolge ist er sehr wohl zu der vom Erblasser gewollten Geheimhaltung des Tagebuchs befugt. Er ist zwar nicht „Gehilfe" des Arztes im Sinne des § 300 StGB. gewesen. Auch nach dem Tode des Arztes verdient aber der Wille seiner Kranken einen Schutz auf Geheimnisbewahrung. Sonst wäre kein Kranker davor sicher, daß wider seinen Willen das anvertraute Geheimnis nach dem Tode des Arztes durch Offenlegung des Tagebuchs in einem Zivil- oder Strafprozesse verwertet werden könnte. (Kompaß.)

Sprechsaal.

Beitragskontrolle.

Seit ungefähr einem Jahre geben von Zeit zu Zeit Artikel durch die Fachpresse über die verschiedenartige Ausstattung der einzelnen Versicherungsträger mit Rechten zur Betriebsüberwachung zum Zwecke der Beitragskontrolle. Allgemein wird anerkannt, daß die Krankenkassen in dieser Hinsicht am stiefmütterlichsten behandelt sind. Anfangs nahm man an, es handle sich nur um eine Lücke im Gesetz. Eine Landkrankenkasse versuchte, diese Lücke durch eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts auszufüllen. Die darauf ergangene Entscheidung vom 16. September 1916 hat die Krankenkassen eines anderen belehrt. Sie hat endgültig festgestellt, daß der Gesetzgeber dem wichtigsten Versicherungsträger in der deutschen Sozialversicherung, den Krankenkassen, nicht diejenigen Befugnisse eingeräumt hat, die zur gedeihlichen Durchführung der gesamten Arbeiterversicherung notwendig sind.

Von der Krankenversicherung hängt nicht nur unsere Volksgesundung, sondern auch die Finanzkraft der übrigen Versicherungsträger, vornehmlich der Landesversicherungsanstalten, ab. Welche Riesensummen an Beiträgen den Krankenkassen und auch den Versicherungsanstalten verloren gehen, kann wohl am besten von derjenigen Organisation beurteilt werden, die mit den Quellen, aus welchen die Beiträge fließen, in der engsten Fühlung steht. Diese Fühlung besteht in der Erstattung der An- und Abmeldungen von Versicherungspflichtigen, in der Abgabe von Lohnveränderungsanzeigen und in der Erledigung des aus diesem Meldewesen sich ergebenden Schriftwechsels. Die Krankenkassen sind es, die mit den Betrieben, in denen Versicherungspflichtige beschäftigt werden, in der engsten Fühlung stehen. Die Krankenkassen könnten den Versicherungsanstalten sagen, ob die Beitragskontrolle der letzteren eine durchgreifende oder nur eine oberflächliche ist, und wie sehr die Finanzkraft der Versicherungsträger durch die Beiträge, die nicht oder nicht in der richtigen Höhe entrichtet werden, geschwächt wird. Was aber nützt den Krankenkassen diese Kenntnis, wenn sie den Verhältnissen ohnmächtig gegenüberstehen. Ich behaupte, daß der deutschen Sozialversicherung Millionen Mark durch nicht oder nicht richtige Beitragsleistung verloren gehen.

Ein Bild davon geben die Verhältnisse der Landkrankenkasse K. Im Jahre 1914 hatte sie bei 12 493 Mitgliedern rund 230 000 M, 1915 bei 10 353 Mitgliedern rund 166 000 M und 1916 bei 9743 Mitgliedern rund 139 000 M Beitragseinnahmen. Das Verwaltungssystem bestand in vollständiger Dezentralisation. Es waren 120 Melde- und Zahlstellen vorhanden. Diese besorgten alle Arbeit für die Kasse. Es bestand keinerlei Kontrolle über den rechtzeitigen Eingang der Meldungen und der Beiträge. Dagegen wurden Leistungen gewährt und gezahlt weit über den Durchschnitt der Leistungen anderer Kassen hinaus. Die Kasse hat in drei Geschäftsjahren nicht nur das übernommene beträchtliche Vermögen zugesetzt, sondern auch noch erhebliche Schulden gemacht. Als es durchaus nicht mehr weitergehen wollte, holte man endlich den Verbandsrevisor und seinen fachmännischen Rat. Die Folge war, daß die Kasse vom 1. April 1917 eine andere Leitung erhielt, daß mit dem 1. Juli 1917 das bisherige Verwaltungssystem der Kasse aufgehoben und eine vollständige Zentralisation eingeführt wurde. Es kam eine Neuaufnahme der Versicherungspflichtigen und damit ein Steigen der Beitragseinnahme von 139 000 M im Jahre 1916 auf rund 300 000 M im Jahre 1917. Dabei ist zu betonen, daß dieses gewaltige Mehr an Beiträgen zum Teil wohl auf besseres Erfassen der Versicherungspflichtigen, zum allergrößten Teil aber auf eine richtigere Berechnung der Beiträge zurückzuführen ist.

Dasselbe Verhältnis, wie es bisher in der Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge im Kassenbezirke bestand, besteht auch heute noch bezüglich der Entrichtung der Invalidenversicherungsbeiträge. Für eine große Anzahl Beschäftigter werden die Beiträge der I. und II. Beitragsstufe entrichtet, während Marken der II., III. und sogar der IV. Stufe verwendet werden müßten. Diese unrichtige Verwendung der Beitragsmarken findet nicht etwa erst jetzt während des Krieges statt, wo eine ungenügende oder überhaupt keine Kontrolle von der Versicherungsanstalt ausgeübt wird, sondern sie war schon von jeher vorhanden. Die der Landesversicherungsanstalt verloren gehenden Beiträge gehen ins Riesenhafte. Das daran nur eine mangelhafte oder ungeeignete Kontrolle schuld sein kann, liegt auf der Hand.

Der Forderung des Kontrollrechtes für die Krankenkassen folgen jetzt schon Vorschläge zur Neuregelung des Kontrollwesens. Daß das Kontrollrecht auch den Krankenkassen zugestanden werden muß, ist eine ebenso berechtigte Forderung, wie die Aufhebung der für die größeren Landwirte bestehenden Befreiungsmöglichkeit (§ 418 RVO.) eine unbedingte Notwendigkeit ist. Die Kasse muß den ihr vom Gesetz und der Satzung vorgeschriebenen Weg ohne Rücksicht auf größere Arbeitgeber gehen können. Diese Forderungen sind besonders die Landkrankenkassen zu ihrer Erhaltung sich selbst schuldig: daß ihnen wirksame Rechte der Beitragskontrolle gegeben werden, und daß die Arbeitgeber sich solcher Kontrolle nicht durch Befreiungsanträge entziehen dürfen. Freilich würde der Arbeitgeber die Häufung der Kontrollmöglichkeiten, denen er dann ausgesetzt ist, peinlich empfinden. Er kann dann nur täglich in der Erwartung leben, welcher Versicherungsträger denn heute einen Revisionsbeamten senden wird. Auch auf diesem Gebiet ist daher eine Verbesserung und Vereinfachung um so dringender erforderlich. Es sollte nicht sein, daß jeder Versicherungsträger seine eigene Kontrolle veranstaltet, und daß dadurch für den Arbeitgeber gehäufte Unannehmlichkeiten verursacht werden, die sich verringern und mildern lassen.

Einen gangbaren Vorschlag zur Vereinfachung des Kontrollwesens der Versicherungsträger macht Kontrollinspektor **Quatmann** in Oldenburg in Nr. 33 der „ArbVers." von 1917. Er will die gesamte Kontrolle entweder dem Reiche oder den Versicherungsanstalten übertragen wissen. Mir will es erscheinen, als ob die eine Art zu teuer, die andere dagegen nicht durchgreifend genug sein würde. Eine Begründnug für die Ablehnung der letzteren Art ersehe man aus dem Vorstehenden, aus dem hervorgeht, daß trotz der Kontrolle der Versicherungsanstalten diesen noch ganz gewaltige Beitragssummen verloren gehen, und daß die gründliche Durchprüfung der Bezirke von zwei zu zwei Jahren ungenügend ist. Wie wäre es dagegen mit einem Ausbau der **Krankenkassen?**

Man gebe den Krankenkassen das Kontrollrecht über die Arbeitgeber, übertrage den Krankenkassen die Beitragsmarkenverwendung für alle bei ihnen Versicherten, lasse die Krankenkassen mit den Versicherungsanstalten abrechnen und räume den letzteren ein Kontrollrecht über die Beitragsverwendung bei den Krankenkassen ein. Werden Bestimmungen dieses oder ähnlichen Inhalts geschaffen und geht damit Hand in Hand eine Aufhebung der Befreiungsmöglichkeit, so können die Krankenkassen die Beitragskontrolle mit der Krankenkontrolle verbinden. Die Kosten der Beitragskontrolle würden dadurch nur gering sein und in keinem Verhältnis zu den Mehreinnahmen der Krankenkassen und der Versicherungsanstalten stehen. Selbstverständlich müßten die letzteren an die Krankenkassen eine Entschädigung für die Mitarbeit leisten.

Wie stellt man sich in Krankenkassenkreisen zu dieser Anregung?

R. Wesener in Königsberg, N.-M.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Militärrenten für Knappschaftskassenmitglieder.

Das preußische Knappschaftsgesetz vom 17. Juni 1912 beschränkt in § 35 die Aufrechnung von Ansprüchen auf die Leistungen der Knappschaftskassen ganz erheblich, läßt aber immer noch die Frage offen, inwieweit Militärrenten auf Knappschaftsrenten aufgerechnet werden können. So ist es möglich, daß viele Knappschaftssatzungen z. B. folgende Bestimmung enthalten:

„Als Dienstzeiten werden auch diejenigen Zeiten in Anrechnung gebracht, während deren die Mitglieder zu einer militärischen Dienstleistung außerhalb der aktiven Dienstpflicht im stehenden Heer oder in der deutschen Marine eingezogen gewesen sind oder in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten militärische Dienstleistungen verrichtet haben. Etwaige Militärrenten, die wegen der Beschädigung in diesen Zeiten von den Militärbehörden gesetzlich festzulegen sind, werden auf die Invalidenpension oder auf die Witwenpension und die Erziehungsbeihilfen angerechnet."

Um hier alle Zweifel zu beseitigen, bestimmt § 8 des Knappschafts*kriegs*gesetzes v. 26. 3. 15 (Ges. S. S. 61) in der Fassung v. 24. 4. 16 (Ges. S. S. 47) ausdrücklich, daß eine solche Aufrechnung nicht stattfinden kann. Ist also ein Militärrentenempfänger gleichzeitig auch Knappschaftsinvalide, so muß während der Kriegszeit auch die Knappschaftsrente unverkürzt gewährt werden. Bei Friedensschluß ist der Handelsminister ermächtigt, das Knappschaftskriegsgesetz wieder außer Kraft zu setzen. Es würde dann in allen Knappschaftsvereinen wieder die Aufrechnung der Militärrente auf die Knappschaftsrente stattfinden können, so weit die Vereine dies in ihrer Satzung vorgesehen haben. Es könnte also nach dem Kriege vorkommen, daß ein Kriegsteilnehmer trotz jahrelang an den Knappschaftsverein geleisteter Beiträge von diesem keinen Pfennig Rente erhält. Der Bergarbeiterverband richtete deshalb unterm 1. Mai 1917 eine Eingabe an den deutschen Knappschaftsverband, in der auf diese mögliche Schädigung der Rentenbezieher hingewiesen und ein *Verbot* der Aufrechnung in den Knappschaftsvereinen gefordert wurde. Der Knappschaftsverband beschäftigte sich auch in seiner Generalversammlung vom 1. September 1917 mit der Angelegenheit. Der Berichterstatter, Direktor **Heimann**, teilte dort mit, daß von Regierungsseite schon erklärt worden sei, Kriegsrente dürfe auch nach Friedensschluß keinesfalls angerechnet werden. Der Knappschaftsverband beschloß deshalb, den Handelsminister zu ersuchen, den § 8 des Knappschaftskriegsgesetzes, also das Verbot der Aufrechnung, auch auf die Friedenszeit zu erstrecken. Über den Erfolg dieses an die zuständige Behörde weitergegebenen Beschlusses ist noch nichts bekannt geworden.

Inzwischen haben eine Anzahl Knappschaftsvereine die oben angeführte Vorschrift überhaupt aus der Satzung entfernt. Das ist natürlich die glücklichste Lösung der Frage. Wenn das alle Vereine tun würden, wäre eine Änderung des Knappschaftsgesetzes überhaupt überflüssig, da sich aber immer noch Vereine finden, welche die alte Bestimmung aufrecht erhalten, muß die Verbesserung des Gesetzes vorgenommen werden. Der Brandenburger Knappschaftsverein z. B. hat noch im Jahre 1917 eine Änderung seiner Satzung in dem Sinne beschlossen, daß die oben in dem Auszug aus einer Satzung enthaltenen Worte „oder in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten militärische Dienstleistungen verrichtet haben", *zu streichen* sind, die übrigen Sätze aber aufrecht erhalten werden. Das bedeutet, daß die Kriegszeit nicht als Beitragszeit angerechnet wird. Die Änderung hat die Genehmigung der Aufsichtsbehörde, des Oberbergamts Halle, gefunden. Die Kriegsteilnehmer verdienen wohl größere Rücksicht.

Petitionen zur sozialen Versicherung.

Das am 25. November 1917 ausgegebene 17. Verzeichnis der bei dem Reichstag eingegangenen Petitionen, das 450 Eingaben aufführt, enthält wieder auch eine Anzahl solcher, welche die soziale Versicherung betreffen. Die Arbeitsgemeinschaft für das einheitliche Angestelltenrecht in Berlin, die eine Reihe großer Verbände, wie den Zentralverband der Handlungsgehilfen, den Bund technischer Angestellten, den Verband der Bureauangestellten usw. umfaßt, bittet um *Verschmelzung der Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung* derart, daß für die jetzt der Angestelltenversicherung unterstehenden Personen keinerlei Verschlechterung eintritt. — Der Verband der Bergarbeiter Deutschlands in Bochum bittet um *Abänderung der Reichsversicherungsordnung* zwecks Verstärkung der Fürsorge für Kranke, Invaliden und Hinterbliebene. So soll z. B. dem § 173 (Befreiung von der Krankenversicherungspflicht) folgender Schluß angefügt werden: „Als nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig sind nur solche Personen zu betrachten, welche die Reichsinvalidenrente beziehen." Dem § 190 soll hinzugefügt werden: „Bezüge, die von Arbeiterorganisationen oder ähnlichen Vereinen gewährt werden, die Krankenunterstützungsauszahlungen nur als Neben-

leistungen in ihren Satzungen aufführen, bedürfen der Mitteilung nicht und sind nicht anrechenbar." Im § 193 Abs. 3 sollen die Worte „des halben Krankengeldes" (als Ersatz für Krankenpflege) in „Dreiviertel des Krankengeldes" umgeändert werden. Die Altersrente (§ 1257) soll schon vom 60. Lebensjahr an gewährt werden. Der § 1542 (Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger) soll gestrichen werden. — Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen E. V. bittet um Änderung der §§ 165, 176, 178, 304 RVO.: Erhöhung der Einkommensgrenze für die Krankenversicherungspflicht der Privatangestellten, Ausgestaltung des Beitrittsrechtes zur Krankenkasse, Hinaufsetzung der Gesamteinkommensgrenze für das Erlöschen der freiwilligen Kassenmitgliedschaft. — Der Verband katholischer kaufmännischer Vereinigungen Deutschlands in Essen (Ruhr) bittet, den z. B. vom Hauptverband der Ortskrankenkassen vertretenen Bestrebungen nach Beseitigung der Ersatzkassen oder Einschränkung ihrer durch die Reichsversicherungsordnung gewährleisteten Rechte nicht Folge zu geben. Zur Begründung wird auf die Leistungsfähigkeit dieser Kassen für die Privatangestellten hingewiesen. — Der Verband der Bergarbeiter Deutschlands in Bochum bittet um Einbeziehung des Augenzitterns und dessen Folgen in die Unfallversicherung. Dieses Leiden trete besonders bei Bergarbeitern auf und stehe im engsten Zusammenhang mit deren Arbeitsweise. — Ein Herr Waldhausen in Essen bittet um Festsetzung einer Frist im Unfallversicherungsgesetz für den Abschluß des Heilverfahrens bei Personen, die das fünfzigste Lebensjahr überschritten haben und deren Unfall fünf Jahre zurückliegt.

Neben diesen Eingaben mit sehr beachtenswerten Anregungen finden sich auch wieder eine Anzahl solche, mit denen der Reichstag gar nichts anfangen kann. So führt ein Joh. Campe in Hannover Beschwerde über Nichtgewährung von Reichswochenhilfe an seine Ehefrau, eine Anzahl Arbeiter bitten um Gewährung von Unfallrenten, einige um eine Zulage zur Invalidenrente, einige andere haben ähnliche Schmerzen. Vielfach ist eben die (irrtümliche) Meinung verbreitet, der Reichstag kann alles.

In mittelbarem Zusammenhang mit der sozialen Versicherung steht eine Reihe anderer Eingaben. Einige ersuchen, von einer Nachuntersuchung der kriegsbeschädigten Rentenempfänger abzusehen und eine allgemeine Erhöhung der Renten der Kriegsbeschädigten vorzunehmen. — Der Verein erblindeter Kriegsteilnehmer in Hamburg bittet, die Renten für Kriegsblinde und solche Kriegsbeschädigte, die auf fremde Hilfe angewiesen sind, um 50 v. H. zu erhöhen. — Der Verband katholischer Arbeiter- und Knappenvereine Westdeutschlands in M.-Gladbach überreicht Vorschläge für eine baldige Neuordnung von Vorschriften der Krieger- und Hinterbliebenenfürsorge. — Ein Lehrer in Krumbach bittet um Gewährung eines Schmerzensgeldes von 100 M an bedürftige Eltern, die mehrere Söhne im Felde verloren haben. Karl Reichert in Magdeburg bittet um Abänderung des § 22 des Militärhinterbliebenengesetzes (grundsätzliche Gewährung von Kriegselterngeld).

Bemerkenswert sind auch verschiedene Eingaben, welche die Bevölkerungspolitik betreffen. Die deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz in Berlin-Charlottenburg bittet um Fortgewährung der Reichswochenhilfe nach dem Kriege und überreicht Vorschläge für eine reichsgesetzliche Mutterschaftsversicherung, unter Ausgestaltung der gegenwärtig in der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Wochenhilfe nach der Richtung, daß die möglichen Mehrleistungen im allgemeinen zu Pflichtleistungen ausgestaltet werden und für die nicht von der Krankenversicherung erfaßten Frauen eine Sonderversicherung eingeführt wird. — Die Sittlichkeitskommission Bielefelder Frauenvereine bittet um Streichung des § 361 Abs. 6 des Reichsstrafgesetzbuches (gewerbsmäßige Unzucht und Polizeiaufsicht wegen solcher) und Ersatz der polizeilichen Reglementierung der Prostitution durch gesetzliche, hygienische und soziale Maßnahmen. Eine andere Eingabe bittet um Maßnahmen zur besseren Säuglingsernährung, der deutsche Bund für Mutterschutz in Breslau bittet um Ausgestaltung der Rechtsstellung der unehelichen Kinder und der ledigen Mütter usw. — An Anregungen fehlt es also dem Reichstag nicht, er braucht nur hineinzugreifen „ins volle Menschenleben".

Krankenzuschußkassen für Staats- und Gemeindebeamte.

Hierüber entnehmen wir der „Concordia" v. 1. 12. 17 (S. 284) folgende Mitteilung: Die Sozialpolitik, die bisher fast ausschließlich der unbemittelten Bevölkerung zugute kam, beginnt weitere Kreise zu ziehen und sich auf verschiedenen Gebieten der Beamtenschaft zuzuwenden. Die Notstände, die auch in der Beamtenschaft und ihren Familien durch Krankheiten entstehen, haben bereits im Juni 1914 die Tagung des Verbandes Deutscher Beamtenvereine in Hamburg beschäftigt und zu der Entschließung geführt, den Vorstand mit der Vorbereitung von Schritten zur Einführung einer umfassenden Krankenfürsorge für Beamte und deren Familien zu beauftragen. Durch den Krieg sind diese Arbeiten in Rückstand gekommen. Nunmehr hat aber der Verband, dem über 300 Beamtenvereine mit mehreren hunderttausend Mitgliedern angehören, an die Reichs-, Staats- und Gemeindebehörden eine Eingabe gerichtet, der Frage der Krankenfürsorge für Beamte und deren Familien näherzutreten. Diese Fürsorge liege nicht nur im Interesse der Beamten, sondern auch ihrer vorgesetzten Behörden, weil durch Krankheitsvorbeugung und Genesendenfürsorge die Arbeitsfähigkeit wesentlich länger erhalten und bei der Hinterbliebenenfürsorge gespart werden könne. Als gangbarer Weg wird die Begründung von Beamten-Krankenzuschußkassen unter Beteiligung der Dienstherren vorgeschlagen.

Studentische Sozialversicherung.

Ein Teil der Studierenden unserer Hochschulen ist durch die Teilnahme an gewissen praktischen Übungen einer besonderen Unfallgefahr ausgesetzt, so namentlich bei der Arbeit in den chemischen Laboratorien, den physikalischen Instituten, den Anatomiesälen usw. Für diesen Teil der Studierenden besteht vielfach eine Unfallversicherung, die, gegen mäßige Beiträge, bei Unfallverletzungen infolge der Berufstätigkeit freie Kur und im Falle der Arbeitsunfähig-

keit Krankengeld gewährt. Neuerdings wird aber der Plan einer allgemeinen, einheitlichen studentischen Unfallversicherung erwogen, durch die, über ihren unmittelbarsten Zweck hinaus, die Mittel zur Bildung eines Fonds für allgemeine studentische Wohlfahrtszwecke gewonnen werden sollen. Wir entnehmen darüber der „Täglichen Rundschau“ folgendes: „Der Plan ist von hervorragenden Hochschullehrern, Versicherungsfachleuten und in der Studentenschaft selber schon wiederholt geprüft und beifällig aufgenommen worden. Man hat festgestellt, daß sich seiner Durchführung keine unüberwindlichen Schwierigkeiten in den Weg stellen. Im Hinblick auf die gegenwärtig so stark in Erscheinung tretende staatliche Zwangsfürsorge für alle möglichen Berufs- und Erwerbsklassen darf der Gedanke auch durchaus nicht absonderlich und ungewöhnlich erscheinen, von jedem Studierenden zwangsweise eine jährliche Versicherungsgebühr von etwa 3 *M* zu erheben.

Schon mit einer solchen niedrigen, den einzelnen kaum belastenden Wohlfahrtssteuer kann für das Gebiet sozialer Fürsorge ganz Bedeutendes erzielt werden. Die in dem Entwurf aufgestellten Bedingungen sehen folgende Einrichtungen vor: Sämtliche Hochschulbesucher werden mit 2000 *M* auf Todesfall und bis zu 20 000 *M* gegen Invalidität versichert. Die nach Ansammlung der versicherungstechnisch gebotenen Garantie- und Reservefonds und nach Abzug der erforderlichen Verwaltungskosten sich ergebenden Prämienüberschüsse werden im Verhältnis zur Zahl der Versicherten zugunsten studentischer Wohlfahrtseinrichtungen zurückvergütet. Die Zahl von rund 90 000 gegen Unfall zu versichernden Hochschulbesuchern des Reiches ergibt bei der vorgeschlagenen Versicherungsgebühr von 3 *M* einen jährlichen Steueranfall von 270 000 *M*, wovon mindestens 150—200 000 *M* jährlich gemeinnützigen Zwecken zugeführt werden können. Als Träger des Betriebes ist ein „Akademischer Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit“ gedacht, der staats- oder verfassungsrechtlichen Widerständen nicht begegnen dürfte, weil ein ausschließlicher Wohlfahrtszweck dem Unternehmen zugrunde liegt.“

Verfall und Aufrechterhaltung der Anwartschaft auf die Leistungen der Angestelltenversicherung.

Hierüber hat das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt sich in einem Rundschreiben an die Ortsausschüsse der Vertrauensmänner unterm 26. September 1917 wie folgt geäußert.

Mitteilungen einiger Ortsausschüsse lassen erkennen, daß manche Versicherte die Bestimmungen der §§ 49, 50 des Gesetzes, welche durch den Einfluß des Krieges auf die Beschäftigungsverhältnisse erhöhte Bedeutung erlangt haben, zu ihrem eigenen Schaden ungenügend beachten.

Zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft auf die Versicherungsleistungen ist es nach § 49 a. a. O. notwendig, daß der Versicherte innerhalb der ersten 10 Kalenderjahre, welche auf das den ersten Beitragsmonat zur Angestelltenversicherung enthaltende Kalenderjahr folgen, mindestens je 8, in den späteren Jahren noch mindestens bis zur Erreichung von 120 Beitragsmonaten je 4 Beitragsmonate zurücklegt. Freiwillige Beiträge kann nach § 15 a. a. O. dabei entrichten, wer aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet und bis dahin mindestens 6 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt hat. Wie eigentliche Beitragsmonate zählen hierfür, d. h. für die Aufrechterhaltung der Anwartschaft und das Recht auf freiwillige Fortsetzung der Versicherung, nach § 51 a. a. O. auch solche Kalendermonate, in denen der Versicherte, ohne daß Beiträge gezahlt werden,

1. zur Erfüllung der Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- oder Kriegszeiten eingezogen gewesen ist,
2. in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat,
3. wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen,
4. zur beruflichen Fortbildung eine staatlich anerkannte Lehranstalt besucht.

Sind 120 Beitragsmonate zusammengekommen, so kann von da ab die Anwartschaft durch Zahlung einer jährlichen Anerkennungsgebühr von 3 *M* aufrechterhalten werden; für freiwillig Weiterversicherte sind jährlich vier Beiträge dann nicht mehr notwendig, wohl aber, unter Wegfall der Anerkennungsgebühr, zulässig und insofern auch in größerer Zahl (höchstens 12) jährlich zu empfehlen, als bekanntlich im Versicherungsgesetz für Angestellte die Höhe der einmal zu erwartenden Leistungen ganz von der Zahl und dem Betrage der wirklich eingezahlten oder für etwaige Kriegsdienstzeiten *) als eingezahlt geltenden Beiträge abhängt.

Eine schon verfallene Anwartschaft lebt wieder auf, wenn der Versicherte gemäß § 50 a. a. O. binnen einem Kalenderjahre nach Schluß jenes Kalenderjahres, in dem die Beiträge oder die Anerkennungsgebühr fällig waren, die rückständigen Gelder nachzahlt. Dann behalten sämtliche früher entrichteten Beiträge Gültigkeit. Ferner gewährt § 50 Abs. 2 allen denen, die ihre Anwartschaft vor Ablauf der Wartezeit verfallen ließen, d. h. also ein Wiederaufleben noch nicht mit der geringen Anerkennungsgebühr, sondern nur durch manchmal (besonders nach Stellungslosigkeit) empfindliche Beitragsnachzahlungen würden bewirken können, eine weitere Erleichterung: die Reichsversicherungsanstalt darf nämlich statt der nachträglichen Annahme der Beiträge innerhalb des auf das Fälligkeitsjahr folgenden Kalenderjahres sich mit ihrer bloßen Stundung begnügen, falls ein solcher Stundungsantrag vor Ablauf dieser Zeit gestellt wird. Sowohl vom Arbeitgeber nicht mehr zu erlangende Pflicht- als freiwillige Beiträge können in dem Falle gestundet werden. Auf die gestundeten Beiträge können spätere Pflichtbeiträge, nachdem die zur künftigen Aufrechterhaltung der Anwartschaft erforderliche Zahl Beiträge (acht bzw. vier) abgezogen ist, angerechnet werden. Durch die Anrechnung lebt die alte Anwartschaft ebenso wieder auf, wie wenn versäumte Beiträge tatsächlich nachentrichtet worden wären.

Eine dankenswerte Aufgabe der Ortsausschüsse und ihrer Geschäftsstellen wird es sein, die Kenntnis des vorstehenden Sachverhalts unter den Beteiligten zu verbreiten.

Soziale Kriegsinvalidenfürsorge in Thüringen.

Die Organisation der von der Thüringischen Landesversicherungsanstalt übernommenen Geschäftsstelle der Sozialen Kriegsinvalidenfürsorge in

*) Zu vgl. Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915, ArbVers. 1915 S. 643.

Thüringen ist jetzt, wie der „Geraer Ztg." geschrieben wird, im wesentlichen vollendet. Es sind 120 Vertrauensmänner und 20 Fachberufsberater bestellt. Ungerechnet 2863 Fälle, in denen die Geschäftsstelle sich auf Einholung von Auskünften über die gesundheitlichen und Erwerbsverhältnisse beschränken konnte, hatte sie im Jahre 1916 ihre Fürsorge 2991 Kriegsbeschädigten zuzuwenden. Es gelang, 1456 in Arbeit unterzubringen; 1013 Fürsorgefälle blieben unerledigt. 183 Kriegsbeschädigte wurden im Berichtsjahre in Heil- und Ausbildungsanstalten untergebracht. Die gesamte Ausgabe betrug 1916 37 664 *M* gegen 3381 *M* im Jahre 1915. An Einnahmen flossen der Sozialen Kriegsinvalidenfürsorge bis jetzt zu: 37 725 *M* vom Reich, 20 000 *M* von den thüringischen Bundesstaaten, 20 000 *M* von der Landesversicherungsanstalt. Sammlungen erbrachten rund 100 000 Mark. Es wurden 1200 Werbeschreiben an Einzelpersonen und Körperschaften versandt. Der Geschäftsverkehr brachte monatlich etwa 3000 Posteingänge, ebensoviel abgehende Sendungen (ohne Drucksachen) neben einem regen persönlichen Verkehr und starker Benutzung des Fernsprechers, namentlich für die Arbeitsvermittlung.

Von der Sozialversicherung der Schweiz.

Wie sehr die Einrichtungen der sozialen Versicherung der Schweiz von denen im Deutschen Reich abweichen, zeigt folgende Veranstaltung. Zum besseren Verständnis sei zunächst darauf hingewiesen, daß in der Schweiz die Krankenversicherung im allgemeinen noch eine freiwillige Einrichtung ist, die Kantone und Gemeinden aber ermächtigt sind, sie als obligatorisch zu erklären. Die Krankenkassen, welche sich der Bundesaufsicht freiwillig unterwerfen — und das ist der weitaus größte Teil — werden als „anerkannte" Kassen vom Bunde mit Geldmitteln unterstützt. Die „Anerkennung" ist von der Gewährung bestimmter Mindestleistungen abhängig. Die Zuschüsse schwanken zwischen 5 und 7 Fr. für das Mitglied und Jahr. Außerdem werden für jede Entbindung besondere Beihilfen und Stillgelder gewährt.

Am 11. November 1917 fand in der Pfarrkirche zu Olten eine von etwa 500 Vertretern von rund 2000 Krankenkassen der ganzen Schweiz besuchte Versammlung statt, die von B. Zweifel, Zentralpräsident des Konkordats schweizerischer Krankenkassen, geleitet wurde. Direktor Dr. Rüfenacht vom Bundesamt für Sozialversicherung in Bern begründete eingehend die Absicht einer „Volksinitiative für ein eidgenössisches Jagdregal", also einer Bewegung zur Erreichung eines Gesetzes, das eine Abgabe für Ausübung des Jagdrechts einführt, aus dessen Erträgnissen ausschließlich die Sozialversicherung, besonders die Krankenversicherung, daneben aber auch die Invaliditäts- und Altersversicherung, unterstützt und gefördert werden sollen. Der Ertrag der Abgabe wird auf Grund sorgfältigster Berechnungen und Erwägungen auf 7 Millionen veranschlagt, von denen nach Abzug der Anteile der Kantone und der Verwaltungskosten 5 Millionen Fr. auf den Ausbau der Sozialversicherung verwenndet werden können, die mit Ausnahme der Unfallversicherung im Vergleich zu den meisten anderen Staaten Europas in der Schweiz noch sehr im Rückstand ist. Die zu erwartenden Widerstände der Jäger und der Landwirtschaft sind nach Ansicht des Redners nicht unüberwindlich, zumal doch die Abgabe einem sozialen Zweck von höchster Bedeutung, der großen Masse der Armen, Kranken und Schwachen dienen soll.

Als Korreferent sprach Bezirkslehrer G. von Burg, Olten. Sein Widerspruch galt nicht dem Zweck, sondern dem gewählten Mittel, das finanziell den gehegten Erwartungen bei weitem nicht entsprechen werde, und anderseits, da die Abgabe nur in Form der Revierjagd verwirklicht werden könne, gegen die Rechte des Volkes verstoße, und deshalb, weil undemokratisch, bei der Abstimmung nie angenommen werde. In der Zahl der unbenützten Finanzquellen des Bundes gibt es solche, die diese Mängel nicht aufweisen und daher vorzuziehen sind. Mit Rücksicht auf die nicht zu überwindende Opposition und vor allem auch der stark im Wachstum begriffenen Zahl der Anhänger des Föderalismus beantragt der Korreferent Ablehnung der vorgeschlagenen Initiative und Einsetzung einer Studienkommission zwecks Prüfung, wie auf einem anderen Wege der notwendige Ausbau der Sozialversicherung erreicht und durchgeführt werden kann.

Um die aufgeworfene Frage von allen Seiten zu beleuchten, war noch ein dritter Redner, Zentralpräsident Zweifel aus St. Gallen, bestellt worden. Dieser befürwortete den Plan namentlich vom Standpunkt der anerkannten Krankenkassen aus, welche zur Durchführung der Frauen- und Kinderversicherung dringend erhöhter Bundesbeiträge bedürfen. Gegenüber den demokratischen Bedenken wies er darauf hin, daß für den Ausbau der sozialen Versicherung für das Volk, namentlich für den kleinen Mann, im Arbeiter-, Bauern- und Gewerbestand mehr getan werde als bei der Verteidigung der Jagd als einem Volksrecht, an dem doch, ob Patent- oder Reviersystem, heute schon das Volk in seiner größten Mehrheit nichts habe. In der Aussprache wurde von Bobst, Präsident der waadtländischen Krankenkassen, folgender Antrag gestellt: 1. Drucklegung von Referat und Korreferat und Verbreitung derselben in allen Krankenkassen. 2. Einladung an alle Kassen, ihre Stellungnahme zur Initiative innerhalb zwei Monaten bekannt zu geben, wobei die nicht antwortenden Kassen als annehmend gezählt würden. 3. Beschlußfassung in einer späteren Delegiertenversammlung darüber, ob und wann die Initiative ergriffen werden solle, auf Grund der Beratungen in den einzelnen Krankenkassen, und weiter Studium durch eine Kommission. Dieser Antrag, dem auch der Korreferent sowie die Sprecher der Krankenkassenverbände von Zürich und Genf zustimmten, wurde mit ziemlich großer Mehrheit angenommen.

Die Gesetzgebungsmaschinerie ist in der Schweiz eine sehr umständliche, so daß selbst bei der eifrigsten Förderung der neuen Bestrebungen noch lange Zeit vergehen dürfte, bevor sie verwirklicht werden. Infolge ihrer eigenartigen Einrichtungen hat bisher die schweizerische Krankenversicherung nur eine beschränkte Ausdehnung erfahren. Nach dem Urteil der schweizerischen Sachverständigen sind es zumeist nur die einsichtigen und besonnenen Leute, die sich gegen Krankheit versichern. Sie müssen bei Aufnahme in die Krankenkasse sich entweder einer ärztlichen Untersuchung unterwerfen oder eine längere Karenzzeit für die Genußberechtigung durchmachen. Die Kassen sind meist sehr klein. Die Mitglieder kennen sich untereinander persönlich gut, was die Kassen vor Ausbeutung sehr schützt. Statt einen Ausbau der Versicherung auf dem Wege des Versicherungszwanges vorzunehmen, der den „freien" Schweizern widerstrebt, suchen sie eine Förderung durch erhöhte Staatsbeihilfe.

Massenrückwanderung aus Amerika nach dem Kriege?

Es wäre unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten nicht übel, und die deutsche sozialpolitische Gesetzgebung, insbesondere die Sozialversicherung, könnte sich ein weiteres hohes Verdienst gutschreiben, wenn das richtig wäre, was wir im Abendblatt der National-Zeitung vom 3. Dezember 1917 lesen und mindestens nicht für ausgeschlossen halten: „In der New York Times wird ein Aufsatz von Richard Barry veröffentlicht, wonach mit Sicherheit darauf gerechnet werden kann, daß nach dem Abschluß des Weltkrieges eine Rückwanderung aus den Vereinigten Staaten nach Europa stattfinden wird, wie sie in der amerikanischen Geschichte einzig dasteht. Schon heute werden die Eisenbahn- und Schiffahrtsgesellschaften förmlich überrannt von Amerikanern ausländischer Abkunft, die sich ein Billett für die Rückkehr nach Europa nach erfolgtem Friedensschluß sichern wollen. Der amerikanische Einwanderungskommissar in Neuyork schätzt die Rückwanderungslustigen auf Millionen, während sie vor dem Ausbruch des europäischen Krieges nur 300 000—400 000 pro Jahr betragen haben, oder ein Viertel der durchschnittlichen Einwanderungszahl. Als Gründe für die Rückwanderung wird unter anderm angeführt die Sehnsucht nach der Heimat, von der so viele während der letzten Jahre vollständig abgeschnitten gewesen sind. Diese Gruppe der Rückwandernden wird aber zu Hause sehr viel zusagendere Verhältnisse vorfinden, die sie von der Rückkehr nach den Vereinigten Staaten abhalten werden. Diese Verhältnisse beziehen sich in erster Linie auf die billigere Erwerbung von Land in Europa und auf die Fortschritte der dortigen sozialpolitischen Gesetzgebung. In den Weststaaten wird bereits von österreichisch-ungarischer Seite eine umfassende Propaganda betrieben, um die dort wohnenden Ausländer zur Rückkehr nach Europa anzuregen. Nach den Berichten der Bankinstitute sollen in den Industriegegenden eine große Anzahl von Polen, Italienern und Russen die Beträge für die Rückfahrt nach Europa bereits hinterlegt haben."

Literarisches.

Reichsversicherung. Kinderrenten durch Ausbau der Sozialversicherung. Von Professor Dr. B. Schmittmann. Stuttgart 1917 bei Ferdinand Enke. 136 S. Preis etwa 1 M.

In diesem ersten Hefte der „Schriften der deutschen Gesellschaft für soziales Recht" entwickelt der Verfasser zunächst den Zusammenhang des Geburtenrückganges mit der wirtschaftlichen Not der Kinderreichen, das Wohnungsproblem für die Minderbemittelten im allgemeinen und für die Kinderreichen im besonderen, und knüpft daran seinen eingehend begründeten Vorschlag zur Milderung des Problems im Wege einer „Reichswohnversicherung", die organisch mit der Invalidenversicherung (bei Personen, die nur der Angestelltenversicherung unterliegen, allenfalls mit dieser) zu verbinden wäre. Gegenstand der Versicherung soll die Gewährung von Kinderrenten für die Kinderreichen sein mit Zulassung von Kapitalabfindung. Die zur Durchführung erforderliche besondere Behördenorganisation, die möglichen Einwände, die Vorteile usw. werden ausführlich dargelegt. Ein Anhang teilt eine Reihe anderer Vorschläge und Maßnahmen zur Lösung des Problems mit.

Der beachtenswerte Gedanke ist auf der Grundlage eines umfangreichen Zahlenmaterials, bei sorgfältiger Umschau in der einschlägigen Literatur, auch unter Berücksichtigung der Verhältnisse im Auslande mit wissenschaftlichem Ernst und sozialpolitischem Eifer entwickelt. In der Nutzbarmachung der Reichsversicherung für die Lösung der Frage berühren sich übrigens die Vorschläge einigermaßen mit dem, was Seelmann in der „Arbeiter-Versorgung" 1916 S. 73 ff., 103 ff. angeregt hat (besonders S. 105). Der stetig wachsende Kreis derjenigen, die sich für bevölkerungspolitische Fragen interessieren, darf diese Schrift nicht unbeachtet lassen und wird, gegenüber dem gediegenen Inhalt, hoffentlich keinen ernsten Anstoß nehmen an gewissen sprachlichen Absonderlichkeiten. Von „unserer Mindergeburtlichkeit" zu reden (S. 9) ist nicht schön, und von der „kinderhemmenden" Wirkung der Wohnungsnot (S. 21) sollte man mindestens dann nicht sprechen, wenn man die geburtenbeschränkende Wirkung meint usw.

Die Kriegswochenhilfe. Von Versicherungsamtmann Dr. Heinz Jaeger. München bei Ernst Reinhardt. 35 S. Preis 60 ₰ (in größerer Anzahl billiger).

Die Art dieses Gesetzesstoffs und seine Wichtigkeit fordert eine gemeinverständliche Darstellung geradezu heraus, als Anleitung für alle Beteiligten, für die das Verständnis der Gesetzestexte und das Zurechtfinden in ihnen erschwert ist. Eine solche Darstellung, die jeder verstehen kann, bietet der Verfasser hier in mustergültiger Form. Auch mancher, dem die Gesetzestexte zur Verfügung stehen, wird gern nach dem handlichen Hefte greifen, um sich schnell und verläßlich zu unterrichten.

Wegweiser durch die reichsgesetzliche Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Von Oberrevisor Friedrich Groll bei der Landesversicherungsanstalt Baden. Karlsruhe 1917 bei G. Braun. 124 S. Preis geb. 3 M.

Die Schrift will die Beteiligten in kurzer gemeinverständlicher Darstellung über alles aufklären, was sie von der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wissen sollen, insbesondere welche Ansprüche ihnen zustehen und auf welchem Wege sie zu verfolgen sind. Nach dem Vorwort will die Schrift auch ein Wegweiser für Gemeindebeamte, Einzugstellen und alle diejenigen sein, die über einschlägige Fragen Auskunft erhalten oder erteilen wollen. Dazu erscheint das Büchlein wohl geeignet. Von der Verläßlichkeit des Inhalts haben wir uns durch Stichproben überzeugt.

Soziale Versicherung und Arbeiterschutz bei uns und unseren Feinden. Von Geh. Regierungsrat Dr. Hermann Schulz. Berlin 1917 bei Karl Siegismund. Preis 20 ₰.

„Schützengraben-Bücher für das deutsche Volk" nennt sich die Reihe kleiner, in eine beliebige Hosen-, Rock- oder Westentasche versenkbarer Heftchen, als deren Nr. 76 das vorliegende erschienen ist. In Auflagen von Hunderttausenden finden diese gedrängten, leicht faßlichen Unterweisungen über die verschiedensten Fragen politischen, wirtschaftlichen, sozialen Interesses ihren Weg ins Feld und werden von den Kämpfern draußen, selbst im trübsten Licht allerdürftigster Unterstände, begierig hervorgeholt und gelesen. Welches Zeichen für diese Barbaren! — Das vorliegende Heft ist sachkundig und mit klugem Verständnis für das Bedürfnis des Kreises, für den es bestimmt ist, geschrieben.

Die rechtliche Stellung der Beamten und Angestellten der Versicherungsträger. Von Dr. Kurt Werthauer. Berlin-Lichterfelde 1917. Verlag der „Arbeiter-Versorgung". 78 S. Preis 1,50 M.

Das in unserem Verlage erschienene Heft ist ein Sonderdruck der hier im Jahrgang 1917 Heft 17 S. 406 besprochenen Arbeit mit einigen ergänzenden Hinweisen auf neuere Literatur und Rechtsprechung. Ein Auszug ist daselbst im Heft 20 S. 457 mitgeteilt. Wir begnügen uns mit diesen Hinweisen und hoffen, daß die Schrift in der vorliegenden vollständigen Form auch der Praxis gute Dienste leisten wird.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird

---

Anmeldung Versicherungsberechtigter als Pflichtmitglieder der Kasse; Anwendung der §§ 213, 313 RVO.?

1. Nach Berncastel. Frage: Durch Kriegsnotgesetz vom 4. August 1914 ist für die Dauer des Krieges die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft gesetzt und hier nicht wieder eingeführt. Der Verein „Erwerbstätiger Frauen und Jungfrauen" hat mehrere Heimarbeiterinnen zur hiesigen Kasse seit längerer Zeit angemeldet. Ihre Aufnahme in die Kasse ist zu Unrecht geschehen. Die betr. Personen waren aber als versicherungsfreie Beschäftigte zum freiwilligen Beitritt nach § 276 der RVO. berechtigt gewesen. Wir nehmen daher an, daß sie als formale Versicherungs**pflichtige** und nicht als „Berechtigte" zu gelten haben. Sonst hätte sich jedes Mitglied besonders unter Beifügung eines Gesundheitsattestes anmelden müssen. Es wurden bisher schon einige dieser Mitglieder von der hiesigen Kasse unterstützt. Jetzt liegen keine Unterstützungsfälle dieser Personen vor. Wir vertreten den Standpunkt, daß diese Mitglieder auch nicht ausgewiesen werden können, wenn kein Versicherungsfall vorliegt, sondern daß das Erlöschen der Mitgliedschaft von dem Willen der Arbeitgeberin bzw. der Mitglieder abhängig ist. Haben die Mitglieder im Falle der Abmeldung von seiten der Arbeitgeberin das Recht der Fortsetzung der Mitgliedschaft?

Antwort: Ihre Auffassung ist unrichtig. Die in Frage stehenden Personen waren als Hausgewerbetreibende nicht versicherungspflichtig. Gleichwohl sind sie, wie aus Ihren Angaben zu entnehmen ist, vom Arbeitgeber als **versicherungspflichtig** angemeldet und von der Kasse als Pflichtmitglieder angesehen worden. Dadurch wurde aber, auch wenn die Kasse drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat, keineswegs eine formale **Mitgliedschaft**, sondern nur eine formale **Versicherung** in der Art begründet, daß die Kasse in einem vor Feststellung des Irrtums eingetretenen Versicherungsfalle gleichwohl die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren hat (§ 213 RVO.; zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 213). Hiervon abgesehen, hat die unrichtige Anmeldung durch den Arbeitgeber keine Rechtswirkung. Die Kasse muß also die fernere Annahme der Beiträge ablehnen und es den einzelnen Hausgewerbetreibenden überlassen, sich nach §§ 176, 310 als freiwillige Mitglieder zu melden. Von freiwilliger Weiterversicherung nach § 313 kann nicht die Rede sein, weil eben eine Mitgliedschaft, die fortgesetzt werden könnte, nicht besteht.

Gebühren für ärztlichen Beistand bei Operation und Narkose.

2. Nach Graudenz. Antwort: a) Für den als Beistand bei einer Operation zugezogenen Arzt beträgt die Mindestgebühr nach Ziff. 14 der preußischen Taxe 5 M. Förster nimmt an, daß daneben die Zusatzgebühr aus Ziff. 7 für längeres Verweilen **nicht** anwendbar sei (Anm. 79). Eine Begründung wird nicht gegeben. Anderer Ansicht sind Joachim-Korn. Sie bemerken (S. 130 Anm. 8), daß durch die Beistandsgebühr nur die Teilnahme des zugezogenen Arztes an der technischen Verrichtung bezahlt wird, und daß er daneben gegebenenfalls auch die Besuchs- und Verweilgebühr aus Ziff. 6 und 7 fordern könne. Dieser Ansicht treten wir bei, weil sie allein der Billigkeit und auch dem Zusammenhange der einzelnen Vorschriften entspricht. Daß der operierende Arzt neben den Gebühren für „besondere Verrichtungen" (Ziff. 44 ff.) auch die „Nebenbeträge für Zeitversäumnis, Fahrkosten usw." fordern kann, sieht auch Förster als selbstverständlich an (vgl. die allgemeinen Bemerkungen unter Ziff. 8 zu dem Abschnitt B der Taxe). Warum dann aber das gleiche nicht auch für den an der Operation teilnehmenden Arzt gelten soll, ist nicht einzusehen; die Billigkeit fordert insoweit die Gleichstellung beider zusammenwirkender Ärzte.

Daher würden wir dem Beistande nicht nur die Nebengebühr aus Ziff. 6 und 7, sondern auch aus Ziff. 11 (für Bestellung zu einer bestimmten Stunde) zubilligen. — Über die Notwendigkeit der Zuziehung eines Beistandes muß der behandelnde Arzt nach pflichtmäßigem Ermessen befinden, nicht anders wie er überhaupt über die notwendigen ärztlichen Maßnahmen nach eigenem — von Laien schwer nachzuprüfenden — Ermessen zu befinden hat. Läge im Einzelfall Anlaß zu dem Verdachte vor, daß der behandelnde Arzt durch überflüssige Zuziehung eines Beistandes unnütze Mehrkosten verursacht hat, so müßte ein ärztlicher Sachverständiger zur Nachprüfung veranlaßt werden.

b) Die Narkose gehört an sich zur Operation, wird aber durch die für letztere vorgesehene Gebühr nur dann mit abgegolten, wenn diese mindestens 10 M beträgt; beträgt sie weniger, so kommt für die Narkose die besondere Mindestgebühr von 5 M in Ansatz (Ziff. 33 der Taxe). Ist bei der Operation ein anderer Arzt als Beistand zugezogen worden, so gilt für ihn nur das oben unter a) Bemerkte. Es macht dabei keinen Unterschied, welcher der beiden Ärzte sich besonders mit der Narkose befaßt hat.

Abgekürzte Wartezeit für Hinterbliebenenrenten nach § 396 AngestVersGes.

3. **Nach Duisburg.** Antwort: Die Vorschrift in § 396 AngestVersGes. bedeutet, daß die Wartezeit für die Hinterbliebenenrenten, insbesondere also auch für die Witwenrente, abweichend von § 48 Ziff. 2 schon durch 60 (statt durch 120) Beitragsmonate erfüllt wird, wenn der Versicherte in den Jahren 1913 bis 1922 verstirbt. Da aber die 60 Monate der Regel nach nicht vor dem Jahre 1918 erfüllt sein können (Ausnahme: § 397), so wird § 396 regelmäßig nur bei Todesfällen von Versicherten in den Jahren 1918 bis 1922 wirksam werden.

Beschränkung der Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. auf einzelne Beschäftigte.

4. **Nach Gräfrath.** Antwort: Es ist Sache der freien Entschließung des Staates oder Gemeindeverbandes oder Versicherungsträgers, welchen ihrer Beschäftigten sie einen dem § 169 RVO. genügenden Anspruch gewähren wollen. Diejenigen, denen ein solcher Anspruch gewährleistet ist, werden dadurch versicherungsfrei; die anderen müssen zur Kasse angemeldet werden. An einer Vorschrift, die den Arbeitgeber verpflichtete, alle seine Beschäftigten, soweit sie versicherungspflichtig sind, entweder zur Kasse anzumelden oder alle nach § 169 versicherungsfrei zu stellen (ähnlich wie nach § 418 Abs. 2 Ziff. 3) fehlt es. Danach kann allerdings die Gemeinde als Arbeitgeberin sich darauf beschränken, nur die gesunden Angestellten usw. versicherungsfrei zu stellen, während sie die kränklichen der Kasse überläßt. Das ist nicht schön, aber es ist so.

Kassenämter bei freiwilliger Mitgliedschaft nach Erlöschen der Pflichtmitgliedschaft.

5. **Nach Dortmund.** Antwort: Wer als bisheriges Pflichtmitglied einer Betriebskrankenkasse sich freiwillig weiterversichert, ist nicht mehr in den Ausschuß und den Vorstand wählbar (§ 340 RVO.). Bekleidet er aber in den Kassenorganen bereits ein Amt, so verliert er es nicht ohne weiteres durch den Verlust der Wählbarkeit. Vielmehr muß er dann seiner durch die Aufsichtsbehörde besonders enthoben werden (§ 24 RVO.; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 24). Dagegen behält sein Amt, wer als Pflichtmitglied in den Vorstand oder Ausschuß gewählt ist und nach seinem Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft sofort als freiwilliges Mitglied wieder beitritt; denn das Wahlrecht wird bei den Betriebskrankenkassen nur dem versagt, der die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzt. Daß jener vom Erlöschen der Pflichtmitgliedschaft bis zum freiwilligen Eintritt in die Kasse nicht Mitglied gewesen ist und daher nicht die Mitgliedschaft besessen hat, ist jedenfalls dann kein Grund zur Amtsenthebung, wenn die mitgliedfreie Zwischenzeit nur ganz kurz war.

Ansprüche eines beurlaubten Soldaten an die Krankenkasse.

6. **Nach Kirchheimbolanden.** Antwort: Der beurlaubte Soldat wurde durch Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung Mitglied der zuständigen Krankenkasse und hatte von ihr Krankenpflege und im Falle der Arbeitsunfähigkeit auch Krankengeld nach § 182 RVO. und nach der Kassensatzung zu beanspruchen. Einen Anspruch auf Krankenhauspflege hatte er nicht, da das Wahlrecht aus § 184 ausschließlich der Kasse zusteht. Sobald die Militärverwaltung den Erkrankten in Lazarettpflege nahm, erledigte sich die Pflicht der Kasse zur Gewährung der Krankenpflege und es blieb nur der Anspruch des Versicherten auf Krankengeld bestehen, wenn er infolge seiner Krankheit und nicht etwa nur infolge der Maßnahme der Militärverwaltung arbeitsunfähig war (ArbVers. 1916 S. 779). Ein Anspruch der Militärverwaltung gegen die Kasse auf Ersatz der Kosten der Lazarettbehandlung läßt sich nicht begründen. Nachdem der Versicherte aus dem Lazarett entlassen worden ist, hat wieder die Kasse die Pflicht, ihm ärztliche Behandlung zu gewähren. Einen Anspruch auf Krankengeld hat er nur, wenn er wegen seiner Krankheit gehindert ist, einer in seinen Fähigkeiten und Kräften liegenden Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Grundlohnberechnung und Krankengeldleistung, wenn Versicherte nur an einzelnen Tagen der Woche arbeiten.

7. **G. S.** Frage: Die Gemeinde Sch. beschäftigt alljährlich vom 1. Oktober bis 31. März 6 Industrielehrerinnen jeden Mittwoch und Samstag jeweils nachmittags von 1 bis 4 Uhr. Außer dieser Zeit stehen diese Lehrerinnen in keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung. Sie erhalten in den sechs Monaten für die 52 Tage bzw. 156 Stunden je 135 M Barvergütung; außerdem bezahlt die Gemeinde die vollen Beiträge zur Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung. Die Invalidenmarken werden in der IV. Klasse erhoben. Die Gesamtsumme wollen wir mit 52 teilen, um dadurch die Beitragsklasse zu ermitteln; die Gemeinde will diese Summe mit 150 Tagen geteilt haben. Wir bitten um Auskunft, in welcher Beitragsklasse die Industrielehrerinnen gegen Krankheit zu versichern sind und ob dieselben im Falle einer Krankheit pro Woche für 2 oder für 6 Tage Krankengeld beanspruchen können.

Antwort: Als Grundlohn für die Bemessung der baren Leistungen und der Beiträge gilt nach § 180 Abs. 1 RVO. und § 18 Abs. 1 Ihrer Satzung der durchschnittliche Tagesentgelt für den Arbeitstag. Wenn also die Beschäftigung nur an bestimmten Tagen der Woche stattfindet, so ist der für einen größeren Zeitabschnitt bemessene Lohn durch die Zahl der in diesen Abschnitt fallenden Arbeits-

tage zu teilen, um den durchschnittlichen Tagesentgelt zu ermitteln (zu vgl. Entsch. des bayer. VGH. in ArbVers. 1912 S. 491; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 180 RVO.). Die Berechnung der Kasse ist danach die richtige; die Gesamtvergütung für die sechs Monate ist durch 52 zu teilen und danach die satzungsmäßige Lohnstufe festzustellen. Krankengeld ist nur für die Arbeitstage, also nur für jeden Mittwoch und Samstag zu zahlen, da die Lehrerinnen an den anderen Tagen der Woche weder tatsächlich beschäftigt sind noch sich auch nur zur Verfügung ihrer Arbeitgeberin (der Gemeinde) zu halten haben.

Verjährung des Anspruchs der Ersatzkasse auf ⅓ der Arbeitgeberbeiträge (§ 518 RVO.).

8. Nach Posen. Frage: Greift die Verjährungsfrist des § 29 Abs. 2 auch auf die nach § 518 RVO. an die Ersatzkassen abzuführenden Arbeitgeber-Beitragsteile? Wenn nicht, wann verjährt der Anspruch der Ersatzkasse auf diese Beitragsteile? Es kommt oft vor, daß die Ersatzkassen nach Jahren für solche Personen die Beitragsteile fordern, die längst nicht mehr unsere Mitglieder sind.

Antwort: Wir halten den § 29 Abs. 2 RVO. nicht für anwendbar. Einen „Beitrag" schuldet nur der Arbeitgeber gegenüber der Krankenkasse. Die Pflicht dieser Kasse, einen Teil des Empfangenen an die Ersatzkasse abzuführen, ist keine Beitragspflicht, sondern eine selbständige Erstattungspflicht. Da die RVO. hierfür eine besondere Verjährungsfrist nicht vorsieht, muß die vierjährige Verjährungsfrist aus § 197 BGB. gelten, da es sich um eine „regelmäßig wiederkehrende Leistung" handelt; denn die Beitragsteile sind regelmäßig alle Vierteljahre abzuführen (Bek. v. 14. 5. 14, ArbVers. 1914 S. 424). Für die Kriegszeit gilt jetzt die Bek. v. 22. 11. 17 (RGBl. S. 1068, ArbVers. 1917 S. 795), wonach der Anspruch auf solche Leistungen nicht vor Ende 1918 verjährt.

Verjährung des Anspruchs auf Kassenbeiträge und der Strafverfolgung wegen Verletzung der Meldepflicht.

9. Nach Berncastel. Antwort: Es handelt sich um Beiträge aus 1912 und 1913. Die ersteren würden nach § 55 KrVersGes. mit dem 31. Dezember 1913, die letzteren nach § 29 RVO. und Art. 6 EinfGes. mit dem 31. Dezember 1915 verjährt sein. Die Verjährung wird aber unterbrochen durch die Anhängigmachung des Anspruchs bei der zuständigen Behörde, also bei der Aufsichtsbehörde. Aus der Anfrage ist zu ersehen, daß die Aufsichtsbehörde im März 1914 eine Entscheidung gefällt hat, nicht aber, wann sie angerufen worden ist. Da aber der Arbeitgeber die Entscheidung wegen der Beiträge nicht angefochten, sondern nur wegen der Ersatzpflicht aus § 50 KrVersGes. das weitere, jetzt durch Urteil des Landgerichts erledigte Strafverfahren beschritten hat, so ist die eingetretene Unterbrechung der Verjährung wegen der gesamten Beiträge jedenfalls im März 1914 wieder beendet und dadurch eine neue Verjährung in Lauf gesetzt worden, die nach der herrschenden Auffassung mit dem 31. Dezember 1916 ablief (vgl. Entsch. des RVA. 2007, Amtl. Nachr. 1903 S. 476; Hanow, Anm. 6 zu § 29 RVO.). Daß der Rechtsstreit wegen des Anspruchs aus § 50 KrVersGes. darüber hinaus fortgedauert hat, ist für die Verjährung des Anspruchs auf rückständige Beiträge ohne Bedeutung; ebenso für die Strafverfolgung wegen Verletzung der Meldepflicht. Die Verjährung der Strafverfolgung (§ 147 RVO.) begann mit der Nachholung der versäumten Anmeldung, also — wie aus Ihren Angaben zu entnehmen ist — 1913 oder 1914, und ist daher längst abgelaufen.

Städtische Freibank als unfallversicherungspflichtiger Betrieb.

10. Nach W. i. S. Antwort: Zur Fleischerei gehören nicht nur die Schlachtungen, sondern auch die Zerlegung des Fleisches. Der Unfallversicherung nach § 527 Ziff. 4 RVO. unterliegt aber nur das Fleischergewerbe, also ein auf Erwerb gerichteter, nicht lediglich vorübergehender Betrieb. Das wird der Regel nach auch bei einem städtischen Freibankbetriebe zutreffen, der doch auf sachgemäße wirtschaftliche Verwertung des Fleisches abzielt; daß dabei zugleich ein gemeinnütziger Zweck verfolgt wird, ist ohne Belang. Wir halten also den Betrieb für unfallversicherungspflichtig. Eine andere Frage ist die, ob die Stadtgemeinde selbst als Unternehmerin des Betriebes anzusehen ist. Dies kann nur auf Grund der besonderen Verhältnisse des Einzelfalles entschieden werden. Da im vorliegenden Falle die Gemeinde die Räumlichkeiten für die Freibank hergibt und dem Schankwirt, der das Handwerkszeug und die Geräte leiht, nur einen bestimmten Anteil vom Erlöse des Fleisches zahlt, sind wir geneigt, den — übrigens auch als „Verwalter" bezeichneten — Schankwirt nur als Angestellten der Gemeinde, diese aber als die Unternehmerin anzusehen.

a) Erneuerung eines Bruchbandes. b) Keine Fortzahlung der Beiträge (§ 397 Abs. 1 RVO.) bei Arbeitsunfähigkeit. c) Kein Recht der Vorstandsmitglieder auf Grobheit gegen Angestellte.

11. Nach H. Antwort: a) Hinsichtlich der Pflicht der Kasse, das gewährte Bruchband zu erneuern, gilt dasselbe, was wir hinsichtlich ähnlicher Heilmittel in ArbVers. 1916 S. 839 Ziff. 4 und 1917 S. 120 Ziff. 9 bemerkt haben.

b) Der Arbeitgeber hat die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen (§ 397 RVO.), auch wenn das Beschäftigungsverhältnis infolge der Krankheit des Versicherten oder aus irgendeinem anderen Grunde bereits gelöst sein sollte. Diese Zahlungspflicht entfällt aber für die Dauer der Krankenhilfe bei Arbeitsunfähigkeit (§ 383; ArbVers. 1917 S. 727 Ziff. 6), und solche dürfte wohl mindestens vorgelegen haben, während der Versicherte wegen des erlittenen Unfalls im Krankenhause war.

c) Niemand, also auch kein Vorstandsmitglied, hat „das Recht", öffentlich einem anderen, also auch dem Rendanten, „in grober Weise Vorwürfe zu machen". Es fragt sich nur, was daraus folgt, wenn er es dennoch tut. Das richtet sich nach den näheren Umständen. Wir müßten dabei gewesen sein, um Bestimmteres sagen zu können.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1196 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 11. Januar 1918 | Heft 2

Die Rechtskraft berufsgenossenschaftlicher Entscheidungen über die Aufnahme in das Betriebsverzeichnis.

Von Dr. Stümper, K. Bezirksamtsassessor in Würzburg.

Die Vorstände der gewerblichen Berufsgenossenschaften müssen nach § 657 RVO. über die zu ihrer Berufsgenossenschaft gehörenden Betriebe (§ 630 RVO.) Verzeichnisse führen. Es sollen hierdurch die zu einer geordneten Geschäftsführung unerläßlichen tatsächlichen Unterlagen geschaffen und den Berufsgenossenschaftsorganen ein fortlaufender Überblick über die Mitgliederbewegung und die sich hieraus für die wirtschaftliche Gebarung ergebenden Folgerungen ermöglicht werden. Der Eintrag in das Verzeichnis gibt dem Unternehmer wie dem Versicherungsträger Rechte und Pflichten. Der Unternehmer ist insbesondere dadurch gehalten, in der durch Gesetz und Satzung festgelegten Weise seine Obliegenheiten als Mitglied zu erfüllen, die Berufsgenossenschaft namentlich insofern gebunden, als sie die Entschädigung eines in einem eingetragenen Betriebe vorgekommenen Unfalles nicht mit dem Hinweis darauf ablehnen kann, der Betrieb sei nicht versicherungspflichtig. Nach beiden Richtungen hin äußert die Eintragung schon als solche Wirkungen formalrechtlicher Art, losgelöst von der sachlichen Beurteilung der zugrunde liegenden Tatumstände. Diese Wirkungen gehen soweit, daß beim Eintritt eines Unfalles die formale Versicherung eines Betriebes sogar dann für maßgebend erachtet wurde, wenn dessen Übergang auf eine andere Berufsgenossenschaft durch Gesetzesänderung veranlaßt worden, die Überweisung aber noch nicht erfolgt war (RVA. 2831 Amtl. Nachr. 1915 S. 743).

Im Hinblick auf diese zahlreichen rechtserheblichen Beziehungen, welche die Aufnahme in das Betriebsverzeichnis zwischen dem Unternehmer und dem Versicherungsträger begründet, gewinnt die Frage nach der Rechtskraftfähigkeit und den Rechtskraftwirkungen der einschlägigen berufsgenossenschaftlichen Bescheide erhöhte Bedeutung.

Über die Aufnahme eines Unternehmers in das Betriebsverzeichnis befindet der Vorstand der Berufsgenossenschaft (§§ 657, 658, 659, 685 RVO.). In erster Linie Vertretungs- und Verwaltungsorgan einer mit selbständiger Rechtspersönlichkeit ausgestatteten Körperschaft (§§ 685, 3, 4, 5 RVO.), übt er, wenn er auch im allgemeinen nicht als Behörde erachtet werden kann (vgl. RVA. 2637 Amtl. Nachr. 1913 S. 550), doch in gewissem Umfange öffentlich-rechtliche Befugnisse aus. So auch, wenn er über die Zugehörigkeit eines Betriebes zur Berufsgenossenschaft entscheidet. Er darf hierbei den Kreis der Mitglieder nicht so ziehen, wie es die Geschäftslage der Berufsgenossenschaft, insbesondere die vorteilhafte Aus-

gleichung der Entschädigungslast, nach pflichtgemäßem Ermessen als zweckdienlich erscheinen läßt, sondern muß in jedem einzelnen Falle nach Art richterlicher Tätigkeit prüfen, ob auf Grund der gewissenhaft erhobenen gesamten Betriebsverhältnisse die Aufnahme nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen geboten ist oder nicht. Erfüllt nämlich ein Unternehmer die sachlichen Voraussetzungen der Mitgliedschaft, ist er insbesondere nach den §§ 623, 633 Abs. 1, 649 RVO. wirtschaftlich selbständig, so hat er ein gesetzlich gewährleistetes Anrecht darauf Mitglied zu werden, auch wenn seine Zugehörigkeit zur Berufsgenossenschaft im Hinblick auf besondere Umstände, etwa auf eine außerordentliche mit dem Unternehmen verbundene Unfallgefahr, nicht in deren Interesse gelegen sein mag.

Inhaltlich kann der Ausspruch des Vorstandes der Berufsgenossenschaft entweder auf Aufnahme des Unternehmers oder auf Ablehnung lauten. Im ersten Falle wird diesem unmittelbar durch den Vorstand der Berufsgenossenschaft (RVA. 2623 Amtl. Nachr. 1913 S. 466) der Mitgliedschein (§ 659 Abs. 1 RVO.), im letzteren durch Vermittlung des Versicherungsamtes ein mit Gründen versehener Bescheid zugestellt (§ 659 Abs. 2 RVO.).

Daß in den beiden Fällen das Erkenntnis des Versicherungsträgers der förmlichen Rechtskraft fähig ist, wurde durch die RVO. ausdrücklich festgelegt, sowohl durch die besonderen Bestimmungen der §§ 660 ff. RVO., als durch die allgemeinen der §§ 1791 ff. RVO. Nach § 660 RVO. kann der Unternehmer gegen die Aufnahme oder Ablehnung binnen einem Monat nach der Zustellung des Mitgliedscheines oder des ablehnenden Bescheides Beschwerde an das Oberversicherungsamt einlegen. Das gleiche kann, da die Verfügung der Berufsgenossenschaft über die Aufnahme in das Betriebsverzeichnis wohl als Entscheidung des Versicherungsträgers im Sinne der Reichsversicherungsordnung gelten muß (Begr. zum Entw. einer RVO. S. 517, RVA. 2724, Amtl. Nachr. 1914 S. 583; vgl. auch Monatsschr. f. Arb. und Ang. Vers. 1915 Sp. 38 ff., 618 ff., bes. Sp. 625), den §§ 1791 ff. in Verbindung mit § 128 RVO. entnommen werden. Gegen den Bescheid des Oberversicherungsamtes ist ebenfalls binnen einem Monat weitere Beschwerde an das Reichsversicherungsamt oder, wenn der Bezirk der beteiligten Berufsgenossenschaft über das Gebiet eines Bundesstaates nicht hinausreicht, an das etwa bestehende Landesversicherungsamt zulässig (§§ 1797, 1800, 128 RVO.).

§ 59 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 hatte bereits dem Unternehmer gegen die Entscheidung des Vorstandes der Berufsgenossenschaft binnen einer Frist von zwei Wochen die Beschwerde an das Reichsversicherungsamt bzw. an das Landesversicherungsamt (§ 127 GewUnf. VersGes.) eingeräumt. Diese Beschwerde war reine Aufsichtsbeschwerde, die Frist keine Ausschlußfrist, sondern nur durch Ordnungsvorschrift geboten. Das RVA. (LVA.) konnte daher auch nach Ablauf der Frist noch in die sachliche Würdigung der Beschwerde eintreten. Die RVO. hat dies wesentlich geändert. Die Beschwerde an das OVA. und die weitere Beschwerde an das RVA. (LVA.) sind jetzt Rechtsbeschwerden. Die Einführung eines förmlichen Verfahrens mit zwei Rechtszügen entspricht dem Grundgedanken, daß der Ausspruch der Berufsgenossenschaft über die Aufnahme in das Betriebsverzeichnis, wie schon dargelegt, keine reine Verwaltungsmaßnahme, sondern die Verfügung über eine Berechtigung des Unternehmers darstellt, dem hierwegen ein verstärkter Rechtsschutz gewährleistet sein muß (vgl. RVA. 2724 Amtl. Nachr. 1914 S. 583). Die Absicht des Gesetzgebers, in einem geordneten Verfahren innerhalb nicht zu langer Zeit Klarheit darüber zu schaffen, ob der durch den Bescheid der Berufsgenossenschaft geschaffene Rechtszustand von Dauer ist, verlangt weiter, daß die Beschwerdefristen ausschließende Bedeutung haben müssen (RVA. 2661,

2770, Amtl. Nachr. 1913 S. 695, 1914 S. 804). Sowohl die Beschwerde gegen die Stellungnahme des Versicherungsträgers, als die weitere gegen jene des Oberversicherungsamtes müssen nunmehr, wenn die gesetzliche Frist versäumt wurde, zurückgewiesen werden, ohne daß dem Streitstoff selbst näher getreten werden darf.

Gegen den förmlich rechtskräftigen Bescheid der Berufsgenossenschaft ist auch eine Wiederaufnahme des Verfahrens nicht zulässig, schon deswegen, weil die §§ 1722 ff. RVO. nur für Spruchsachen, nicht auch für das Beschlußverfahren gelten (§§ 1780 ff., 1789 RVO.; Mitt. d. Bayer. LVA. 1915 S. 179 Ziff. 47).

Ein allgemeiner Grundsatz des Verwaltungsstreitverfahrens besagt, daß Entscheidungen, die mit Rechtsmitteln nicht mehr angefochten werden können, also förmlich rechtskräftig geworden sind, auch in sachliche Rechtskraft erwachsen, d. h. das Streitverhältnis unter den Beteiligten endgültig erledigen, so daß es von diesen nicht nochmals zum Gegenstand der Nachprüfung gemacht werden kann (vgl. Dr. Dyroff, bayer. Verwaltungsgerichtsgesetz S. 645 Nr. 4 zu Art. 26 und die dort angegebenen Belegstellen). Nun erfüllen aber die Berufsgenossenschaften gerade bei der Aufnahme von Mitgliedern Aufgaben, welche, nachdem sie zur Durchführung des aus öffentlich-rechtlicher Fürsorge geschaffenen Versicherungszwanges dienen, über das innere Verhältnis des Versicherungsträgers zum Unternehmer hinausragen und sich wenigstens mittelbar in den Rahmen der allgemeinen Verwaltung einpassen lassen; auch das sich hierbei möglicherweise anschließende Streitverfahren ist im wesentlichen nach den gleichen Richtlinien aufgebaut, wie sie ein geordneter Verwaltungsstreit erfordert (vgl. Monatsschr. für Arb. und Ang. Vers. 1915 S. 622/623). Es ist daher wohl nicht einzusehen, warum man den hier in Frage kommenden berufsgenossenschaftlichen Verfügungen die sachliche Rechtskraft absprechen sollte.

Der Umfang dieser sachlichen Rechtskraft wird durch zwei leitende Gedanken bestimmt — einmal durch die Forderung, daß die Entscheidung schon aus Gründen der Rechtssicherheit im Interesse der zunächst Beteiligten (der Berufsgenossenschaft und des Unternehmers) einen regelmäßig unabänderlichen Rechtszustand begründen muß, dann aber auch durch die Erwägung, daß diese Bindung unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse des Versicherungsrechtes doch wieder nicht so weit gehen darf, daß höhere allgemeine Interessen darunter Schaden leiden können.

Die Bescheide müssen also zunächst — wenn sie auch an sich gegen Dritte nicht rechtswirksam sind (RVA. 1759 Amtl. Nachr. 1899 S. 470) — zwischen dem Unternehmer und der Berufsgenossenschaft bindende Kraft beanspruchen können. Es stehen sich zwar diese beiden im Verfahren nicht wie gleichberechtigte Beteiligte eines bürgerlichen Streites gegenüber, da die Berufsgenossenschaft zugleich öffentlich-rechtliche Gesichtspunkte zu wahren hat; eine gewisse Ebenmäßigkeit ist jedoch dadurch erzielt, daß die Bescheide für beide Teile zum Rechtsgrund von Befugnissen und Obliegenheiten werden. Insbesondere bringen sie dem neu aufgenommenen Unternehmer jene Rechte und Pflichten, deren Inbegriff die Mitgliedschaft ausmacht. Er wird, um die praktisch wichtigsten hiervon herauszugreifen, gehalten, Lohnnachweise einzureichen und zu den Umlagen der Berufsgenossenschaft beizutragen, kann aber auch von dieser verlangen, daß sie die in seinem Betriebe etwa vorgekommenen Unfälle nach Maßgabe der gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen entschädigt. Auch bei der Ablehnung wird die Rechtslage bezüglich der Versicherungspflicht des Betriebes jedenfalls insoweit festgestellt, als die vor der Entscheidung liegende Zeit in Frage kommt (RVA. 2961 Amtl. Nachr. 1917 S. 493). Den berufsgenossenschaftlichen Erkenntnissen muß daher wegen dieser ihrer rechtsbegründenden Eigenschaft eine gewisse Stetigkeit und Dauer, wie sie eben

die sachliche Rechtskraft verleiht, zukommen; ein häufiger Wechsel in diesen Bescheiden wäre nicht nur geeignet, den wirtschaftlichen Betrieb des einzelnen Unternehmers nachteilig zu beeinflussen, sondern könnte durch bedenkliche Schwankungen des Mitgliederstandes auch das Gefüge der Berufsgenossenschaft selbst erschüttern.

Diese grundsätzliche Unabänderlichkeit der einmal getroffenen Entscheidung gewährt dem Unternehmer wie der Berufsgenossenschaft gegen eine einseitige willkürliche Neugestaltung der Rechtslage Schutz. Der Vorstand der Berufsgenossenschaft kann, solange die für die Erlassung des Bescheides bestimmend gewesenen tatsächlichen Unterlagen fortdauern, diesen in seiner Rechtswirksamkeit nicht beeinträchtigen. Er kann insbesondere — immer unter der angeführten Voraussetzung, daß keine neuen Tatumstände eintreten — einen aufgenommenen Betrieb nicht löschen, ihn auch nicht einer anderen Berufsgenossenschaft nach den §§ 666 ff. RVO. überweisen; ebensowenig kann die Berufsgenossenschaft einen abgelehnten Betrieb, solange sich dieser in dem gleichen wirtschaftlichen Rahmen wie zur Zeit seiner Ablehnung weiter bewegt, später aufnehmen wollen (RVA. 2961 Amtl. Nachr. 1917 S. 493). In diesen sämtlichen Fällen könnte der Unternehmer den neuerlichen Bescheid unter dem Hinweis darauf bekämpfen, daß durch die vorausgegangene Aufnahme- oder Ablehnungsverfügung die Frage endgültig entschieden ist.

Andererseits ist es auch dem **Unternehmer** verwehrt, bei gleichgebliebener Sachlage eine Abänderung der ursprünglichen Entscheidung herbeizuführen. Der aufgenommene Unternehmer kann weder die Löschung seines Betriebes noch dessen Überweisung an eine andere Berufsgenossenschaft, der abgelehnte nicht die nachträgliche Aufnahme begehren. Auf einen gleichwohl gestellten Antrag könnte der Vorstand der Berufsgenossenschaft im Hinblick auf die sachliche Rechtskraft der bereits erlassenen Entscheidung sich weigern, neuerdings in die Behandlung des Streitstoffes selbst einzutreten. Wollte man nämlich dem Unternehmer das Recht zugestehen, trotz des Vorliegens einer rechtskräftigen Anordnung durch ein neues auf die gleichen Tatsachen wie früher gestütztes Gesuch die erledigte Frage nochmals aufzurollen, so hätte die ausschließende Kraft der Beschwerdefristen nach den §§ 660, 128 RVO. ihre Bedeutung verloren; der Unternehmer hätte es dann in der Hand den Erfolg, der ihm durch Versäumung dieser Fristen gesetzlich versagt ist, jederzeit auf dem Umwege einer neuen Eingabe zu erwirken.

Nach den Lehren des allgemeinen Prozeßrechtes erstreckt sich nun aber die Rechtskraft einer Entscheidung immer auf das ganze Rechtsverhältnis und erfaßt auch die tatsächlichen Feststellungen insoweit, als der erkennende Ausspruch unmittelbar aus ihnen geschöpft ist und nur aus ihnen heraus verstanden werden kann. So darf auch der Bescheid einer Berufsgenossenschaft über die Aufnahme oder Ablehnung eines Unternehmens niemals allein für sich, sondern nur im Zusammenhalt mit den zur Zeit seiner Erlassung maßgebenden wirtschaftlichen Verhältnissen betrachtet werden, als deren folgerichtiger Ausfluß er sich ergibt. Tritt in diesen eine Verschiebung ein, so kann er daher notwendigerweise der geänderten Sachlage gegenüber keine Rechtskraftwirkungen mehr äußern. Bei einer Umgestaltung des Betriebes, welche dessen Zugehörigkeit zur Berufsgenossenschaft beeinflußt, kann sohin zunächst die Berufsgenossenschaft trotz der Rechtskraft ihres früheren Ausspruches von Amts wegen eingreifen, den Unternehmer, wenn er die wirtschaftliche Selbständigkeit verloren hat, im Betriebsverzeichnis löschen, gegebenenfalls auch den Betrieb einer anderen Berufsgenossenschaft überweisen; in gleicher Weise kann sie einen ursprünglich abgelehnten Betrieb, wenn er sich in der Zwischenzeit günstig entwickelt und zu einem leistungsfähigen Unternehmen emporgearbeitet hat, infolge der wesentlich geänderten Sachlage nachträglich aufnehmen. Der

Zeitpunkt, von welchem an sich die Wirkung dieser neuen Verfügung bemessen soll, darf jedoch nicht in einen Zeitraum fallen, welcher noch von der Rechtskraft des früheren Entscheides beherrscht wird. Die Löschung kann vielmehr erst mit dem Tage wirksam werden, an welchem sie dem Unternehmer mitgeteilt wurde, die Überweisung mit jenem, an welchem der Antrag zuerst einem der beteiligten Genossenschaftsvorstände zugegangen ist (§ 671 Abs. 1 RVO.); die Vereinbarung eines anderen Zeitpunktes ist nur mit der Zustimmung der sämtlichen Beteiligten, also auch des Unternehmers, zulässig (§ 671 Abs. 2; RVA. 2770 Amtl. Nachr. 1914 S. 804). Die Aufnahme eines ursprünglich abgelehnten Betriebes — in dieser Hinsicht fehlt eine ausdrückliche gesetzliche Bestimmung — kann frühestens auf den Zeitpunkt zurückgreifen, in welchem die maßgebende Betriebsänderung dauernd einsetzte, keineswegs aber in den durch den früheren Ablehnungsbescheid rechtskräftig abgeschlossenen Zeitraum; denn es ist eine Folge des durch den ersten ablehnenden Bescheid begründeten Rechtsverhältnisses, daß dieses bis zum Eintritt der Änderung weiter wirken muß (vgl. RVA. 2961 Amtl. Nachr. 1917 S. 493).

Auch der Unternehmer ist berechtigt und im Rahmen des § 665 RVO. verpflichtet, bei Ereignissen, welche für die Zugehörigkeit seines Betriebes zur Berufsgenossenschaft bedeutsam sind, mitzuwirken, daß sie durch Eintrag im Betriebsverzeichnis äußerlich erkennbar und dadurch wirksam werden (RVA. 1503 Amtl. Nachr. 1896 S. 262). Ist er als Mitglied aufgenommen, so kann er nach den §§ 666, 670 RVO. die Löschung, gegebenenfalls die Überweisung des Betriebes beantragen. Wurde er dagegen abgelehnt, so kann er, falls er die Voraussetzungen für seine Mitgliedschaft später für gegeben erachtet, seinen Betrieb nach § 653 RVO. neuerdings beim Versicherungsamt anmelden und so das Verfahren über seine Aufnahme wieder in Fluß bringen. Wenn nicht besondere Umstände (z. B. längere, seit der ehemaligen Ablehnung verflossene Zeit) von vornherein den Aufschwung des Betriebes als wahrscheinlich oder doch möglich erscheinen lassen, wird es Sache des Unternehmers sein, die Beweise für die dauernd wesentliche Bessergestaltung der Betriebsverhältnisse zu erbringen. Die Berufsgenossenschaft ist dann verpflichtet diese nochmals zu prüfen und über die Zugehörigkeit des Gesuchstellers Beschluß zu fassen.

Der Anspruch auf Aufnahme in das Betriebsverzeichnis ist nun aber nicht rein vermögensrechtlich, verzichtbar und der freien Verfügung der Beteiligten überlassen, sondern durch Rücksichten auf öffentlich-rechtliche Interessen beherrscht und begrenzt. Die Rechtskraft der einschlägigen berufsgenossenschaftlichen Entscheidungen kann daher auch nicht unbedingt und in starrer Gebundenheit, sondern nur insoweit wirken, als nicht allgemeine Interessen höherer Art entgegenstehen. Nun ist das Betriebsverzeichnis nicht nur zu innerem dienstlichen Gebrauch der Berufsgenossenschaft bestimmt, sondern bildet ein öffentliches Buch, welches eine Art öffentlichen Glaubens genießt und die Vermutung für die Richtigkeit seines Inhaltes schafft; seine Einträge müssen daher, um wirklich verlässig zu sein, die jeweiligen tatsächlichen Unterlagen wahrheitsgetreu wiedergeben. In vollendeter Weise wird sich diese Forderung wohl niemals verwirklichen lassen. Die wirtschaftlichen Verhältnisse sind ständig im Flusse; daß mit ihrer Entwicklung die Einträge im Verzeichnis stets gleichen Schritt halten, hindert schon die Durchführung des Verfahrens und die bindende Kraft der ergangenen Bescheide. Immerhin wird jedoch die Rechtskraft eines Ausspruches der Berufsgenossenschaft hier wenigstens dann nicht im Wege stehen können, wenn die ursprüngliche Entscheidung ihrem ganzen Wesen und Inhalt nach offenbar auf unrichtigen Voraussetzungen beruhte. Dann geht die Rücksicht auf Verlässigkeit des Betriebsverzeichnisses den Interessen der Beteiligten vor. So hat auch das Reichsversicherungsamt keinen

Anstand getragen einer förmlich rechtskräftig gewordenen Überweisungserklärung einer Berufsgenossenschaft nach § 667 RVO. die sachliche Wirkung zu versagen, weil der überwiesene Betrieb tatsächlich überhaupt nicht mehr bestand und deshalb der Erklärung nicht eine rechtliche Bedeutung beigelegt werden könne, welche ihr sachlich nicht zukomme. (RVA. 2915 Amtl. Nachr. 1916 S. 724.)

Immerhin handelt es sich in solchen Fällen um eine Durchbrechung des allgemeinen Grundsatzes von der Rechtskraft berufsgenossenschaftlicher Entscheidungen, die deshalb nur in besonderen Ausnahmefällen Platz greifen darf. Der hauptsächlichste Anwendungsfall wird jener sein, in welchem ein Unternehmer durch absichtliche Täuschung und Irreführung sich einen günstigen Bescheid erschlichen hat. Hier würde es dem das ganze Versicherungsrecht durchziehenden Gedanken von Treue und Glauben widersprechen, wenn er der Berufsgenossenschaft gegenüber aus seinem unerlaubten und unsozialen Verhalten im Hinblick auf die bindende Kraft des ergangenen Ausspruches noch Vorteile ableiten wollte. Gegen etwaige Übergriffe der Berufsgenossenschaft ist andererseits der Unternehmer dadurch geschützt, daß auch eine solche Berichtigung des Betriebsverzeichnisses eine förmliche Entscheidung der Berufsgenossenschaft voraussetzt, die nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 1791 ff., 1797 ff. RVO. angefochten werden kann.

Die Rechtskraftwirkungen in dem dargelegten Umfange bilden einen Ausfluß des ganzen in dem berufsgenossenschaftlichen Bescheide behandelten Rechtsverhältnisses. Es ergeben sich hieraus für diesen zwei Folgerungen. Beim ablehnenden Bescheid, für welchen eine Begründung gesetzlich vorgeschrieben ist (§ 659 Abs. 2 RVO.), sollte sich diese nicht in einigen allgemeinen, schließlich für jeden Fall zutreffenden Redewendungen ergehen, sondern sie müßte die Umstände ersehen lassen, welche in dem betreffenden einzelnen Falle zur Abweisung führten. Auch bei der Aufnahme wäre zu erwägen, ob es sich nicht empfehlen dürfte, neben der Zustellung des Mitgliedscheines (§ 659 Abs. 1 RVO.) einen förmlichen Bescheid mit näherer Entwicklung der Rechts- und Sachlage zu erteilen. In den einschlägigen Verhältnissen von Anfang an volle Klarheit schaffen, heißt in beiden Fällen nach altbewährter Regel Streitigkeiten und unnützen Anträgen vorbeugen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 11 der **Amtl. Nachr.** vom 22. November 1917.)

I. Unfallversicherung.

Die Höhe der Genossenschaftsbeiträge für Kriegsgefangene richtet sich lediglich nach dem Entgelt, den der Unternehmer nach der Vereinbarung mit der Heeresverwaltung für die Überlassung der Kriegsgefangenen zu gewähren hat. — Unternehmer, bei denen Kriegsgefangene beschäftigt sind, haben der Berufsgenossenschaft den Entgelt für die Zeit seit dem 1. Januar 1917 nachzuweisen. (Bescheid 2973 S. 600.)*)

*) Zu vgl. das Gesetz vom 15. August 1917, ArbVers. 1917 S. 654 und hierzu S. 761, 784.

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Leistung des Entbindungskostenbeitrags gemäß § 3 Ziff. 1 der Bek., betr. Wochenhilfe während des Krieges, v. 3. 12. 14 befreit die Krankenkasse nicht von der Leistung eines Entbindungskostenbeitrags, den sie als Familienhilfe nach § 205 Ziff. 2 RVO. satzungsmäßig zu gewähren hat (2390 S. 605).

Der Anspruch auf Kriegs-Wochenhilfe nach § 1 der Bek. v. 3. 12. 14 wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Ehemann der Wöchnerin nach Eintritt in den Kriegsdienst eine Stellung erlangt, in der er nach § 169 RVO. versicherungsfrei sein würde (2391 S. 606).

Der Eintritt dauernder Invalidität in einem Anwartschaftszeitraum hindert das Erlöschen der Anwartschaft nicht nur für die Invaliden-, sondern auch für die Altersrente; zu vgl. Rev. Entsch. 790 und 1051 Amtl. Nachr. 1899 S. 775, 1903 S. 386 (2392 S. 608).

Hat eine Versicherungsanstalt den Rentenanspruch eines vorübergehend Invaliden abgelehnt, weil die Wartezeit von 26 Wochen für die Krankenrente noch nicht erfüllt war, und ist die Wartezeit bei Erlaß des Urteils des Oberversicherungsamts zurückgelegt, so darf dieses nicht lediglich die Berufung zurückweisen und den Kläger auf die Stellung eines neuen Rentenantrags verweisen, sondern es hat nach den Verhältnissen zur Zeit seiner Entscheidung zu prüfen, ob dem Kläger ein Rentenanspruch zusteht oder zugestanden hat (2393 S. 608).

Ein Anspruch der nichtinvaliden Witwe besteht auf Grund des § 84 Abs. 2 der Satzung der Invaliden-, Witwen- und Waisen-Versicherungskasse der See-Berufsgenossenschaft („Seekasse") auch dann, wenn der versicherte Ehemann zur Zeit seines Todes nicht mehr Mitglied der Seekasse war, aber 100 Beitragswochen bei ihr zurückgelegt und die Anwartschaft aus der Beitragsleistung zu ihr aufrechterhalten hatte (2394 S. 609).

Verlegt ein Arbeitgeber eine Arbeitsstätte in den Bezirk einer anderen Ortskrankenkasse, so liegt eine Änderung des Beschäftigungsverhältnisses vor, welche die Versicherungspflicht berührt und zur Meldung nach § 317 Abs. 1 Satz 2 RVO. verpflichtet (2395 S. 610).

Versäumt eine Ersatzkasse die ihr nach § 521 RVO. obliegende Anzeige vom Ausschluß eines Mitgliedes und endet das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis, ehe die Krankenkasse den Ausschluß erfährt, so kann diese die Beitragsteile des Versicherten für die Zeit vom Ausschluß bis zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses nicht vom Arbeitgeber fordern (2396 S. 611).

Die Verjährung der Strafverfolgung wegen Unterlassens der Abmeldung eines Versicherungspflichtigen (§ 530 Abs. 2 RVO.) beginnt erst mit der Nachholung der Abmeldung (§ 147). — Im Strafverfahren wegen Verletzung der Meldvorschriften ist für Entscheidung über die streitige Versicherungspflicht kein Raum, sondern es ist, unter Aussetzung des Strafverfahrens, zunächst eine Entscheidung nach § 405 Abs. 2 RVO. herbeizuführen (2397 S. 613).

Zeiten der Zivilgefangenschaft in Feindesland könnnen nicht als Militärdienstzeiten im Sinnne des § 1281 Ziff. 1 und des § 1393 Abs. 1 Ziff. 1 und 2 RVO. angerechnet werden (2398 S. 616).

Die Pflicht der Versicherungsträger zur Erstattung von Briefkosten (Porto), die dem Versicherungsamt durch die Behandlung von Anträgen auf Leistungen nach §§ 1613 ff. RVO. erwachsen sind, wird durch den preuß. Ministerialerlaß v. 27. 11. 91 (Min. Bl. f. d. inn. Verw. S. 227) nicht beseitigt (2399 S. 616).

B. Zur Krankenversicherung.

Ablehnung der Krankenhauseinweisung der Kasse im Hinblick auf ein Heilverfahren der Versicherungsanstalt.

Urteil des **Württemb. Oberversicherungsamts** (Spruchkammer Reutlingen) vom 1. November 1917.

Die Frage, ob die Klägerin (Berufungsklägerin) am 17. März 1917 auf eigenen Wunsch aus dem Bezirkskrankenhaus R. entlassen wurde und ob sie zu ihrer sofortigen Übersiedlung nach Sch., also zum Verlassen des Kassenbezirkes R. ohne weiteres berechtigt war, kann dahingestellt bleiben, so daß es sich erübrigt, auf die Meinungsverschiedenheiten zwischen der Berufsklägerin und dem Krankenhaus- und Kassenarzt Dr. U. in R. einzugehen. Denn die Beklagte (Berufungsbeklagte) hat dadurch, daß sie der Berufungsklägerin vorerst auch während ihres Aufenthaltes in Sch. Krankengeld ausbezahlte, anerkannt, daß es sich bei derselben um die Fortdauer der nämlichen Krankheit handelte, an der sie im Krankenhaus in R. behandelt worden war. Die Annahme des Versicherungsamts R., daß unter Umständen die Berufungsbeklagte schon im Hinblick auf § 6 der Krankenordnung der Allgemeinen Ortskrankenkasse R. befugt gewesen wäre, das Krankengeld vom 18. März 1917 ab zu verweigern, ist irrig. Wegen Verfehlungen gegen die Krankenordnung können nur Ordnungsstrafen verhängt werden, Versagung des Krankengeldes ist hierwegen nicht zuläßig. Dagegen konnte nach § 47 Abs. 1 der Kassensatzung die Bezahlung des Arztes in Sch. abgelehnt werden, wie es tatsächlich auch stillschweigend, ohne daß die Berufungsklägerin einen Einwand erhoben hat, geschehen ist. Zu prüfen war demnach nur noch, ob die Fortgewährung des Krankengeldes vom 27. April 1917 ab der Berufungsklägerin mit Recht verweigert worden ist. Die Aufforderung der örtlichen Verwaltungsstelle der Krankenkasse in A. zum Eintritt in das Krankenhaus daselbst ist am 25. April zu Händen der Berufungsklägerin gekommen. Abgesehen davon, daß bei Mitteilung dieser Einweisungsverfügung an die O. keinerlei Gründe der getroffenen Anordnung angegeben wurden, war auch die genannte örtliche Verwaltungsstelle zu der in Rede stehenden Verfügung nicht zuständig. Bei Anordnungen von Kranken-

hauspflege erkrankter Mitglieder ist vielmehr vom Vorsitzenden des Kassenvorstandes die Vertretungsmacht nur dem geschäftsleitenden Beamten (Hauptverwalter) der Krankenkasse übertragen (§ 89 der Kassensatzung). Daß der Leiter (Distriktskassierer) der Nebenstelle in A. etwa im Auftrag des Hauptverwalters gehandelt hätte, ist in der Verfügung mit keinem Wort zum Ausdruck gebracht. Die betreffende Verfügung vom 24. April 1917 kann daher nicht als rechtsgültig und verbindlich angesehen werden. Erst in der weiteren Verfügung des Hauptverwalters der Kasse vom 1. Mai 1917, die wohl am 2. Mai zur Kenntnis der Berufungsklägerin kam, ist eine ordnungsmäßige und rechtsgültige Anordnung der Krankenhauspflege zu erblicken. Vom 2. Mai 1917 ab lief also die der O. gegebene dreitägige Frist zum Eintritt ins Krankenhaus in A. Da die Berufungsklägerin keinen eigenen Haushalt hat und auch nicht Mitglied des Haushalts ihrer Familie ist, so bedurfte es, damit die getroffene Anordnung wirksam werde, nicht ihrer Zustimmung (RVO. § 184 und Kassensatzung § 28). Nach der Bekundung des Dr. med. W. in Sch., welcher die Berufungsklägerin dort behandelt hatte, lagen an sich gewichtige Gründe gegen eine Krankenhauspflege in A. nicht vor, um so weniger, als Sch. und A. keinen wesentlichen Höhenunterschied aufweisen, der die Krankheit (doppelseitiger Lungenspitzenkatarrh, verbunden mit alter Rippfellentzündung) hätte ungünstig beeinflussen können. Ein anderes maßgebendes Moment ist jedoch von der Berufungsbeklagten und ebenso von der Vorinstanz nicht beachtet worden. Ausweislich der Akten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte wurde von der O. beim Direktorium dieser Anstalt ein Antrag auf Heilverfahrensgewährung bereits am 12. April (eingekommen 21. April) 1917 von Sch. aus gestellt. Der Antrag war mit einem ärztlichen Zeugnis des behandelnden Arztes Dr. W. in Sch. vom 16. April 1917 und einem Gutachten des Vertrauensarztes der Reichsversicherungsanstalt, Oberamtsarzt Dr. H. in N., vom 17. April 1917 belegt. Beide Sachverständige hatten sich für eine dreimonatliche Kur in einer Lungenheilanstalt ausgesprochen. Am 2. Mai 1917 ist vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte dem Antrag der O. auf Gewährung eines Heilverfahrens entsprochen worden mit der Bestimmung, daß dasselbe in der Eleonoren-Heilstätte in Lindenfels im Odenwald durchgeführt und daß ihr der Zeitpunkt des Eintrittes daselbst von der genannten Heilanstalt mitgeteilt werde. Am 5. (6.) Mai 1917 erhielt die O. vom leitenden Arzt der Eleonoren-Heilstätte in Lindenfels die Nachricht, daß sie am 18. Mai dort eintreten könne. Der Eintritt erfolgte dann tatsächlich am 19. Mai 1917. Um die gleiche Zeit, da die Berufungsklägerin die gültige Aufforderung zum Eintritt in das Krankenhaus in A. erhielt, erlangte sie somit die Gewißheit, daß das von ihr nachgesuchte Heilverfahren von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte genehmigt war, und sie hatte täglich ihre Einberufung in die Heilstätte in Lindenfels zu gewärtigen. Bei dieser Sachlage konnte ihr billiger und vernünftiger Weise nicht zugemutet werden, der Anordnung der Berufungsbeklagten noch nachzukommen. Die Notwendigkeit der Krankenhauspflege im Krankenhaus in A. war fortgefallen und die Berufungsklägerin war damit berechtigt, ihren Anspruch auf Krankengeld für den noch nicht abgelaufenen Teil der Unterstützungsdauer geltend zu machen (Hoffmann, Kommentar zum 2. Buch der RVO. S. 181 Note 7). Nach Stier-Somlo, Kommentar zum 2. Buch der RVO. S. 410 steht dem Falle, daß der Versicherte sich nachträglich bereit erklärt, ins Krankenhaus zu gehen, und dadurch der Verlust des Anspruchs auf Krankenunterstützung aufhört, der Fall gleich, wenn die Krankenkasse die Krankenhauspflege nicht mehr für notwendig hält oder wenn das Kassenmitglied Krankenhausbehandlung vom Armenverband oder der Versicherungsanstalt in Anspruch nimmt. Das nämliche gilt natürlich auch von der Krankenhausbehandlung für Rechnung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. War aber nach dem Gesagten die Berufungsklägerin unter den obwaltenden besonderen Umständen von der Verpflichtung, der von der Berufungsbeklagten verfügten Krankenhauseinweisung Folge zu leisten, als entbunden anzusehen, so ist auch ihre Forderung der Nachbezahlung des verweigerten Krankengeldes für die Zeit vom 27. April 1917 bis zum Ende der 26wöchigen Krankenhilfe, also bis zum 26. Juli 1917 (Beginn derselben 23. Januar 1917) als begründet zu erachten, da sie zweifellos ununterbrochen arbeitsunfähig war.

Anmerkung: Das Urteil des Oberversicherungsamt hat Rechtskraft erlangt.

Befreiung nach § 418 RVO. gilt nur hinsichtlich der bestimmt bezeichneten Versicherungspflichtigen. Für andere sind Beiträge bis zur Abmeldung zu zahlen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 6. Oktober 1917 (II K. 39/17 B.).

Der Senat hat in der Entsch. 2008 (Amtl. Nachr. 1915 S. 454) ausgesprochen, daß sich die Befreiung eines Dienstboten oder landwirtschaftlich Beschäftigten von der Versicherungspflicht (§§ 435, 418, 419 RVO.) nicht auf später vom Arbeitgeber angenommene Beschäftigte gleicher Art erstrecke, und diese somit nur auf Grund eines neuen Befreiungsantrags befreit werden könnten. Die Befreiung kann danach nur für die jeweiligen Arbeitnehmer, nicht allgemein für alle künftigen Beschäftigten des Arbeitgebers be-

antragt und erteilt werden. An dieser Auffassung war auch gegenüber den in der Literatur erhobenen Einwendungen (zu vgl. Hoffmann, Zentralbl. der Reichsvers. 1917 Sp. 321; Weber, ebenda, Sp. 441; dagegen Hahn, ArbVers. 1917 S. 409) festzuhalten.

Die für landwirtschaftlich Beschäftigte geltenden Vorschriften der §§ 418, 419 RVO., die nach § 435 auch auf Dienstboten anzuwenden sind, entsprechen im wesentlichen dem § 136 des Gesetzes, betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, vom 5. Mai 1886 (RGBl. S. 132) in der durch Artikel II des Gesetzes vom 25. Mai 1903 (RGBl. S. 233) geänderten Fassung. § 136 Abs. 1 a. a. O. lautete: „Personen, welche erweislich mindestens für 26 Wochen nach der Erkrankung dem Arbeitgeber gegenüber einen Rechtsanspruch auf eine den Bestimmungen des § 6 Kranken-Versicherungsgesetzes entsprechende oder gleichwertige Unterstützung haben, sind auf den Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht zu befreien, sofern die Leistungsfähigkeit desselben genügend gesichert ist.“ Der hier vorgesehene Unterstützungsanspruch wurde, soweit er nicht ausnahmsweise auf anderen Rechtsgründen beruhte, nur durch Vertrag zwischen dem Arbeitgeber und dem Beschäftigten begründet (zu vgl. Entsch. 2007, Amtl. Nachr. 1915 S. 452, Hahn, Krankenversicherungsgesetz, Anm. zu § 136 des Gesetzes vom 5. Mai 1886 und Anm. 3 zu § 3a KrVersGes.).

Dazu war die Erklärung des Arbeitgebers und die mindestens stillschweigende Zustimmung des Beschäftigten erforderlich (zu vgl. auch Erlaß des Königl. Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 30. März 1901 — III a 2692 — und Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz, Anm. 3 zu § 136 Ges. v. 5. Mai 1886). Schon hieraus folgt, daß nach dem früheren Recht die Befreiung eines Arbeitnehmers nicht für alle späteren Beschäftigten des Arbeitgebers galt. Denn wenn mit ihnen ein Vertrag über die Einräumung des Unterstützungsanspruchs nicht zustande kam, war ihre Befreiung überhaupt unzulässig. Ferner konnte die Entscheidung über den Befreiungsantrag nach § 136 Abs. 3 a. a. O. von jedem Beteiligten binnen zwei Wochen nach der Eröffnung durch Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde angefochten werden. Die Entscheidung wurde also rechtskräftig, wenn seit der Eröffnung an die Beteiligten zwei Wochen verstrichen waren. Andererseits stand danach auch dem Beschäftigten die Beschwerde gegen eine Entscheidung zu, durch die dem Befreiungsantrage stattgegeben wurde. Auch hieraus ergibt sich, daß sich die Befreiung nicht auf alle späteren Beschäftigten erstreckte. Denn sonst wären diese, wenn die Befreiung, wie zumeist, bereits vor ihrer Annahme rechtskräftig geworden war, schon mit Rücksicht hierauf gar nicht mehr in der Lage gewesen, sie mit Aussicht auf Erfolg anzufechten. Nach der Reichsversicherungsordnung ist zur Begründung des Unterstützungsanspruchs des Beschäftigten gegen den Arbeitgeber (§ 418 Abs. 1 RVO.) ein Vertrag zwischen ihnen nicht mehr erforderlich. Die etwa fehlende Zustimmung des Beschäftigten zur Einräumung des Unterstützungsanspruchs wird dadurch ersetzt, daß die Kasse oder die Beschwerdeinstanzen dem Befreiungsantrage stattgeben (zu vgl. die Entsch. 2007). Auch steht dem Beschäftigten gegen die Befreiung durch die Kasse nicht mehr die Beschwerde zu (zu vgl. Entsch. 2313, Amtl. Nachr. 1917 S. 268). Die Vorschrift des § 136 Abs. 3 des Gesetzes vom 5. Mai 1886 ist durch § 418 Abs. 3 RVO. ersetzt worden. Wie sich aus der Verweisung dieser Vorschrift auf § 175 RVO. ergibt, findet die Beschwerde nur gegen die Ablehnung, nicht auch gegen die Genehmigung des Befreiungsantrags durch die Kasse statt (zu vgl. § 175 Abs. 2; anderer Meinung Hahn, ArbVers. 1917 S. 414). Gleichwohl kann nicht angenommen werden, daß nunmehr die Befreiung entgegen dem bisher für landwirtschaftliche Arbeiter geltenden Rechtszustand auch alle künftigen Dienstboten oder landwirtschaftlich Beschäftigten des Arbeitgebers erfaßt. Nach § 418 Abs. 1 a. a. O. wird von der Versicherungspflicht befreit, wer gegen den Arbeitgeber bei Erkrankung Rechtsanspruch auf eine Unterstützung hat, die den Leistungen der zuständigen Kasse gleichwertig ist. Demnach werden nur die einzelnen Beschäftigten befreit (zu vgl. die Entsch. 2008). Die Befreiung gilt nach § 419 Abs. 1 Satz 1 für die Dauer „des“ Arbeitsvertrags. Daraus folgt, daß sich die Befreiung auf einen bestimmten Arbeitsvertrag beziehen muß. Sie erstreckt sich demnach nicht auf einen Arbeitsvertrag, der, wie dies hinsichtlich künftig zu beschäftigender Personen regelmäßig der Fall ist, zur Zeit der Befreiung noch nicht in bestimmte Aussicht genommen ist. Wie der Senat ferner in der Entsch. 2008 dargelegt hat, kann die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers (§ 418 Abs. 2 Nr. 2 a. a. O.) nur nach den Verhältnissen zur Zeit der Entscheidung über den Befreiungsantrag unter Berücksichtigung der Zahl der Beschäftigten geprüft werden. Diese Zahl muß also zur Zeit der Entscheidung feststehen. Daraus ergibt sich gleichfalls, daß die Befreiung nicht für alle künftigen Beschäftigten gelten kann. Denn wenn auch vielfach, wie beispielsweise bei Herrschaften, die Dienstboten beschäftigen, mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß die Zahl der Beschäftigten eines Arbeitgebers eine gewisse Höhe nicht übersteigen wird, so trifft dies doch für zahlreiche andere Fälle nicht zu. Namentlich bei größeren landwirtschaftlichen Betrieben, die für die Befreiung landwirtschaftlich Beschäftigter vorzugsweise in Betracht kommen (zu vgl. Kommissionsber. II S. 391), besteht die Möglichkeit, daß infolge

einer Vergrößerung des Betriebs oder infolge sonstiger Umstände die Zahl der Beschäftigten erheblich vermehrt wird (zu vgl. auch Hahn, Arb.-Vers. 1917 S. 410). Der Senat hat weiter in der Entsch. 2008 darauf hingewiesen, daß die Beschäftigten in dem Befreiungsantrage namentlich aufzuführen seien. Dieses Erfordernis ist in der Entscheidung 2007 folgendermaßen begründet worden: „Die Befreiung tritt nach § 418 Abs. 3, § 175 Abs. 1 RVO., wenn auch mit rückwirkender Kraft, erst mit der Genehmigung des Befreiungsantrags ein. Bis dahin sind also die Beschäftigten versicherungspflichtig. Sie müßten demnach an sich nach §§ 317 ff. a. a. O. bei der zuständigen Stelle angemeldet werden. Der Einfachheit halber ist jedoch zuzulassen, daß die Anmeldung mit dem Befreiungsantrage verbunden wird. Dazu ist erforderlich, daß die Beschäftigten in dem Befreiungsantrage namentlich aufgeführt werden." Wie aus diesen Ausführungen hervorgeht, betreffen sie nur den Fall, daß der Befreiungsantrag mit der Anmeldung verbunden wird. Für diesen Fall wird die Notwendigkeit der namentlichen Bezeichnung der Beschäftigten auch von Weber a. a. O. anerkannt. Geht dem Befreiungsantrag eine ordnungsmäßige Anmeldung voraus, oder sind die Beschäftigten in einem sonstigen, der Kasse eingereichten Schriftstück namentlich bezeichnet, so genügt es, in dem Befreiungsantrage darauf zu verweisen. Die namentliche Bezeichnung ist aber nicht zu entbehren. Nach § 422 Abs. 1 RVO. hat die Kasse dem Befreiten auf seinen Antrag die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren, soweit der Arbeitgeber die versprochene Unterstützung nicht leistet. In solchen Fällen muß die Kasse alsbald feststellen können, ob der Erkrankte zu den befreiten Personen gehört. Hierzu ist sie ohne Weiterungen regelmäßig nur dann in der Lage, wenn sich der Name des Beschäftigten aus dem Befreiungsantrage, sei es allein, sei es in Verbindung mit sonstigen Schriftstücken, ergibt. Mit Recht bemerkt Hahn a. a. O., daß die Kasse ein dringendes Interesse habe, zu erfahren, wer die einzelnen Beschäftigten seien, für die sie gegebenenfalls einzutreten haben. Aus diesen Darlegungen folgt ebenfalls, daß die Befreiung nicht allgemein für alle künftigen Beschäftigten beantragt und erteilt werden kann. Denn eine namentliche Bezeichnung solcher Beschäftigten ist in der Regel nicht möglich (zu vgl. die Entsch. 2008). Der Senat hält auch an der Auffassung fest, daß die Kassen geschädigt werden könnten, wenn die Befreiung für alle späteren Beschäftigten gelten würde. Hierüber heißt es in der Entsch. 2008: „Bei Einstellung neuer Arbeiter und Erhöhung der Zahl der Beschäftigten könnte unter Umständen ein Arbeitgeber nicht mehr in der Lage sein, den Unterstützungsansprüchen erkrankter Arbeiter gerecht zu werden. Soweit er seine Verpflichtungen nicht erfüllt, muß die Kasse nach § 422 RVO. die satzungsmäßigen Leistungen gewähren. Sie hat zwar nach § 422 Abs. 2 a. a. O. einen Erstattungsanspruch gegen den Arbeitgeber, wird ihn aber bei seiner ungenügenden Leistungsfähigkeit nicht immer verwirklichen können. Solche Schädigungen der Kasse müssen nach Möglichkeit vermieden werden." Dagegen kann nicht eingewendet werden, daß nach § 419 Abs. 1 Satz 2 die Befreiung erlischt, wenn das Versicherungsamt feststellt, daß der Arbeitgeber nicht mehr leistungsfähig ist (zu vgl. Hoffmann a. a. O.). Zwar können auch die Kassen eine solche Feststellung anregen. Sie sind aber im allgemeinen außerstande, die Leistungsfähigkeit eines Arbeitgebers dauernd zu überwachen (zu vgl. Hahn a. a. O. S. 410). Ob regelmäßig wiederkehrende Erhebungen der Versicherungsämter über die Leistungsfähigkeit, wie sie Weber a. a. O. vorschlägt, durchführbar sind und Erfolg versprechen, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls wird die Leistungsfähigkeit eines Arbeitgebers nicht immer alsbald nach ihrem Eintritt festgestellt werden können. Erkrankt ein Beschäftigter in der Zwischenzeit, so hat die Kasse nach § 422 Abs. 1 für ihn einzutreten, obwohl sie keine Beiträge für ihn erhalten hat und ihren Erstattungsanspruch gegen den Arbeitgeber bei dessen Leistungsunfähigkeit unter Umständen nicht verwirklichen kann. Zuzugeben ist, daß die Kassen in dieser Weise auch geschädigt werden können, wenn ein Wechsel von Beschäftigten nicht stattgefunden hat (zu vgl. Weber a. a. O.). Die Schädigungen müssen aber, wie die Entsch. 2008 betont, möglichst vermieden werden, und dazu ist es erforderlich, daß die Befreiung nicht auf alle späteren Arbeitnehmer ausgedehnt wird. Wie der Senat ferner in der Entsch. 2007 ausgesprochen hat, muß den Beschäftigten Gelegenheit gegeben werden, ihre Rechte in dem Befreiungsverfahren wahrzunehmen, und zwar um so mehr, als, wie bemerkt, die Entscheidung der Kasse durch die dem Befreiungsantrage stattgegeben wird, endgültig ist. Denn da, wie Hahn a. a. O. zutreffend darlegt, bei der Befreiung der Anspruch des Versicherten gegen die Kasse, unbeschadet des § 422 Abs. 1 RVO., durch einen Anspruch gegen den Arbeitgeber auf Leistungen von nicht immer zweifelsfreiem Werte ersetzt wird, so hat der Versicherte unter Umständen ein berechtigtes Interesse daran, daß die Befreiung unterbleibt. Zum Schutze dieser Interessen genügt weder die Vorschrift des § 419 Abs. 1 Satz 2, wonach der Befreite bei Leistungsunfähigkeit des Arbeitgebers die Feststellung dieser Tatsache vom Versicherungsamt verlangen und dadurch das Erlöschen der Befreiung bewirken kann, noch die Vorschrift des § 422 Abs. 1, nach der bei Erkrankung gegebenenfalls die Kasse einzutreten hat (zu vgl. Weber a. a. O.). Denn dadurch wird dem Beschäftigten nicht ermöglicht, seine Rechte schon in dem Befreiungsverfahren wahrzunehmen. Diese Möglichkeit würde späteren Arbeitnehmern entzogen, wenn

sich die Befreiung ohne weiteres auch auf sie erstreckte. Eine derartige Erstreckung folgt auch nicht aus der Vorschrift in § 418 Abs. 2 Nr. 3, wonach die Befreiung voraussetzt, daß der Arbeitgeber den Befreiungsantrag für seine sämtlichen in der Landwirtschaft oder als Dienstboten Beschäftigten stellt, soweit sie durch Vertrag zur regelmäßigen Arbeit für mindestens zwei Wochen verpflichtet sind. Durch diese Vorschrift, die auf Beschlüssen der Reichstagskommission beruht, sollte verhütet werden, daß der Arbeitgeber nur solche Personen von der Versicherungspflicht befreien läßt, deren Gesundheitszustand für ihn ein günstiges Risiko bietet, während die ungünstigen Risiken der Krankenkasse verbleiben (zu vgl. die Entsch. 2007 und Kommissionsber. II S. 387). Zur Erreichung dieses Zweckes ist es nicht notwendig, die Befreiung allgemein auch für alle späteren Beschäftigten zu erteilen. Es genügt vielmehr, daß nur die jeweiligen Arbeitnehmer befreit werden. Aus dem Umstande, daß die Reichstagskommision keine besondere Regelung für den Fall getroffen hat, daß ein Arbeitgeber neben Befreiten auch Personen annimmt, ohne ihre Befreiung zu beantragen, kann nicht ohne weiteres geschlossen werden, daß die Kommission die Befreiung für alle späteren Beschäftigten eines Arbeitgebers zulassen wollte (so Hoffmann a. a. O. Sp. 317). Lücken in der Gesetzgebung sind bei der Vielgestaltigkeit der wirtschaftlichen Verhältnisse, namentlich bei einem Gesetze, das so tief in alle Gebiete des wirtschaftlichen Lebens eingreift wie die Reichsversicherungsordnung, unvermeidlich. Es ist Sache der Rechtsprechung, sie, soweit angängig, unter Berücksichtigung der Zwecke des Gesetzes zu ergänzen. In der Entsch. 2316 (Amtl. Nachr. 1917 S. 272) hat der Senat ausgesprochen, daß in jenem Falle, sofern der Arbeitgeber die Stellung des Befreiungsantrags absichtlich unterlassen hat, die Befreiung widerrufen werden kann. Dadurch wird dem Zwecke der Vorschrift in § 418 Abs. 2 Nr. 3 RVO. genügend Rechnung getragen. Auch aus der Vorschrift des § 419 Abs. 1 Satz 2 RVO., wonach die Befreiung durch Anmeldung zur Kasse nur dann erlischt, wenn der Arbeitgeber seine sämtlichen Befreiten anmeldet, ist nicht zu folgern, daß die Befreiung auch für alle späteren Beschäftigten gilt (zu vgl. Hoffmann a. a. O. Sp. 328). Aus der Vorschrift ergibt sich nur, daß der Arbeitgeber die Anmeldung nicht auf einen Teil der Befreiung beschränken darf, sondern auf alle auszudehnen hat. Dies ist auch mit der Annahme vereinbar, daß der Befreiungsantrag für jeden einzelnen Beschäftigten zu stellen ist. Wie der im Gesetze ebenfalls nicht geregelte Fall zu entscheiden ist, daß der Arbeitgeber gleichwohl nur einen Teil der Befreiten anmeldet (zu vgl. Hoffmann, Kommentar. 5. Aufl., Anm. 10 zu § 413; Hahn, Handb. der Krankenverf., 8. und 9. Aufl., Anm. 2c zu § 418), ist hier nicht zu erörtern. Richtig ist, daß es nach der Reichsversicherungsordnung Fälle gibt, in denen die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auch die künftigen Beschäftigten erfaßt. Ob dies für § 174 Nr. 2 RVO. zutrifft (zu vgl. Hoffmann, Zentralbl. a. a. O.; Hahn, ArbVers. a. a. O.), kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls gilt es für die Befreiung durch die oberste Verwaltungsbehörde nach den §§ 170, 171 RVO. Dort hat aber nicht, wie in den Fällen der §§ 418, 435 a. a. O., die Kasse einzutreten, wenn der Arbeitgeber die ihm obliegenden Pflichten nicht erfüllt. Schon mit Rücksicht hierauf können die für jene Fälle geltenden Grundsätze auf diese nicht entsprechend angewendet werden (zu vgl. Hahn a. a. O. S. 414). Zuzugeben ist auch, daß die Notwendigkeit in jedem Einzelfalle den Befreiungsantrag zu erneuern und darüber zu entscheiden, unter Umständen sowohl den Arbeitgebern wie den Kassen einen erheblichen Aufwand an Zeit und Arbeit verursacht (zu vgl. Hoffmann a. a. O. Sp. 329). Hierauf konnte jedoch gegenüber den dargelegten Erwägungen kein entscheidendes Gewicht gelegt werden. Sollten daraus für die Durchführung der Befreiung von Dienstboten und landwirtschaftlich Beschäftigten erhebliche Schwierigkeiten entstehen, so müsse es der Gesetzgebung überlassen bleiben, auf Abhilfe Bedacht zu nehmen.

Hiernach erstreckte sich die Befreiung des im Januar 1914 bei R. beschäftigten Dienstmädchens nicht auf die später angenommenen Mädchen. Zu ihrer Befreiung hätte es somit in jedem einzelnen Falle eines neuen Befreiungsantrags bedurft. Ein solcher ist erst für das im Mai 1916 beschäftigte Mädchen gestellt worden. Die nicht ausdrücklich befreiten Mädchen waren demnach Mitglieder der Kasse geworden, so daß Beiträge für sie zu entrichten sind. Nach § 397 Abs. 1 RVO. sind die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Dieser bedurfte es, wie das Oberversicherungsamt zutreffend annimmt, vorliegend nicht mehr, nachdem die Kasse durch die polizeiliche Auskunft von der Beschäftigung der Dienstmädchen und ihrer Beendigung Kenntnis erlangt hatte (zu vgl. Entsch. 2098, Amtl. Nachr. 1915 S. 684). Daraus folgt aber nicht, wie das Oberversicherungsamt meint, daß die Beiträge nur für die Dauer der Beschäftigung zu entrichten seien. Es wäre unbillig, wenn Arbeitgeber, die zur Abmeldung lediglich deshalb nicht mehr verpflichtet sind, weil die Kasse inzwischen auf anderem Wege zuverlässige Kenntnis von der Beendigung der Beschäftigung erhalten hat, die Beiträge nur für die Dauer der Beschäftigung zu zahlen hätten, während andere Arbeitgeber sie darüber hinaus bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung zu entrichten haben. Dieser Unbilligkeit wird begegnet, wenn die Erlangung der Kenntnis der Kasse von dem Ende der Beschäftigung der Abmeldung gleichgestellt wird. In diesem Sinne hat der Senat bereits in der bezeich-

neten Entsch. 2098 erkannt. Da die polizeiliche Auskunft bei der Kasse am 4. April 1916 eingegangen ist, verlangt die Kasse mit Recht die Beiträge bis dahin. Unerheblich ist es, daß einzelne Mädchen alsbald nach Beendigung der Beschäftigung bei R. von einem anderen Arbeitgeber bei der Kasse angemeldet worden sind. Die vorliegend entsprechend anzuwendende Vorschrift des § 397 Abs. 1 RVO. ist, wie der Senat in der Entsch. 2054 (Amtl. Nachr. 1915 S. 589) ausgesprochen hat, lediglich eine Ordnungsvorschrift. Sie gilt daher auch dann, wenn der verspätet abgemeldete Beschäftigte inzwischen auf Grund einer anderen versicherungspflichtigen Beschäftigung wieder bei derselben Kasse angemeldet worden ist (zu vgl. die Entsch. 2054). Vorliegend konnte übrigens die Kasse aus der Anmeldung eines Mädchens durch den neuen Arbeitgeber nicht entnehmen, daß die Beschäftigung bei R. beendet war. Denn sie hatte damals von der Beschäftigung noch keine Kenntnis, da R. auch die Anmeldung der Mädchen unterlassen hatte. Der Anspruch der Kasse auf Beiträge für das im Mai 1916 befreite Mädchen ist gleichfalls begründet. Da die Befreiung nach § 418 Abs. 3, § 175 Abs. 1 RVO. erst vom Eingang des Befreiungsantrags an wirkt, sind die Beiträge für die Zeit seit dem Beginne der Beschäftigung bis zum Tage des Eingangs zu zahlen. Die Beschwerde war daher zurückzuweisen.

Der Senat hat nicht verkannt, daß die Verpflichtung der Arbeitgeber, die Beiträge für nicht ausdrücklich befreite Beschäftigte bis zur Abmeldung oder bis zur Erlangung zuverlässiger Kenntnis der Kasse von der Beendigung der Beschäftigung fortzuzahlen, gegenüber Arbeitgebern, die, wie R., die Befreiung in gutem Glauben nicht beantragt haben, zu Härten führen kann. Es bleibt dem pflichtmäßigen Ermessen der Kassen überlassen, wie solchen Härten im Einzelfalle durch billige Handhabung der gesetzlichen Vorschriften, unbeschadet der Interessen der Kasse, begegnet werden kann.

C. Zur Unfallversicherung.

Tötung durch eine Fliegerbombe.

Rekursentsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Mai 1917 (I a. 760/16).

Die Rekursentsch. vom 1. April 1916*) kann nicht zugunsten der Kläger verwertet werden, da ihr ganz andere tatsächliche Verhältnisse zugrunde liegen. Damals war ein Munitionsarbeiter auf dem Wege zu seiner Fabrik 150 Meter von ihr entfernt durch eine Fliegerbombe getötet worden. Das Reichsversicherungsamt hat in diesem Falle einen Betriebsunfall von dem Gesichtspunkte aus anerkannt, daß solche Betriebe wegen ihrer Eigenart naturgemäß im Kriege besonderen Angriffen ausgesetzt sind und bei ihnen deshalb die allgemeine Betriebsgefahr einen größeren Umfang annimmt, insbesondere auch mit Rücksicht auf das unabänderliche Abirren eines Teils der Bomben von dem eigentlichen Ziel mit einer Ausdehnung des Gefahrenbereichs über die räumlichen Grenzen des Betriebs gerechnet werden muß. Auf Grund dieser Erwägungen hat das Reichsversicherungsamt damals angenommen, daß der getötete Arbeiter bereits den Gefahrenbereich der Munitionsfabrik erreicht hatte. Diese Gesichtspunkte sind aber im vorliegenden Falle nicht anwendbar. Denn die Landesgewerbehalle, in welcher der Verstorbene am Unfalltage zu arbeiten hatte, ist nicht ihrer Art nach besonders durch Fliegerangriffe bedroht, wenn sie auch bei ihrer guten Sichtbarkeit dem Flieger eine gute Gelegenheit zur Orientierung bieten mag. Auch besteht nach den Ermittlungen des Bezirksamts kein Anhalt dafür, daß sie ein besonderes Ziel des Angriffs vom 15. Juni 1915 gewesen ist. Vielmehr ist davon auszugehen, daß es bei diesem in erster Linie auf Ziele von militärischer Bedeutung abgesehen war. Als solche kamen die Waffenfabrik, die Bahnhofsanlagen und allenfalls auch das Residenzschloß in Betracht. Diese liegen aber, wie aus dem Plane ersichtlich ist, 700—1000 Meter von der Unfallstelle entfernt. Es kann deshalb ebensowenig eine besondere Gefährdung der Arbeitsstätte des Verstorbenen, wie eine Erstreckung der Gefahren über ihre räumlichen Grenzen hinaus in Frage kommen. Unter diesen Umständen bestand kein Anlaß, von der Rechtsübung des Reichsversicherungsamts abzuweichen, wonach Unfälle auf dem Wege zur Arbeitsstätte und auf dem Heimwege regelmäßig dem Betriebe nicht zugerechnet werden können.

*) Abgedruckt in ArbVers. 1916 S. 474.

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes bei Beschäftigung in mehreren Betrieben, die zu verschiedenen Genossenschaften gehören.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 17. November 1917.

Der Ehemann und Vater der Kläger Ernst H. ist am 20. April 1914, als er mit anderen Arbeitern mit Salz gefüllte Tonnen, die in am Pier liegende Schiffe gebracht werden sollten, zum Pier rollte, in die Weser gestürzt und ertrunken. Im Jahre vor dem Unfalle war er vom 31. Mai bis zum 8. November 1913 als Führer eines Heringsloggers der E . . . Herings-Fischerei-Gesellschaft auf See mit dem Heringsfang beschäftigt gewesen und hat dabei

2244 *M* 41 *Pf* verdient; in der übrigen Zeit dieses Jahres war er im Landbetriebe dieser Gesellschaft mit seemännischen Arbeiten, die für die Herrichtung der Schiffe und der Fanggeräte für das nächste Jahr erforderlich waren, tätig; er hat durch letztere Tätigkeit an 155 Arbeitstagen 693 *M* 89 *Pf* verdient. Während seiner Tätigkeit als Führer des Heringsloggers war er bei der See-Berufsgenossenschaft, während der übrigen Tätigkeit bei der Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert. Letztere Berufsgenossenschaft hat, da der Unfall in dem bei ihr versicherten Landbetriebe sich ereignet hat, den Klägern die gesetzliche Hinterbliebenenentschädigung gewährt und hat die Rente von einem Jahresarbeitsverdienst des H. von 1128 *M* 89 *Pf* berechnet. Dieser Jahresarbeitsverdienst ist in der Weise ermittelt worden, daß dem Verdienste des H. während seiner Landarbeit, also den 693 *M* 89 *Pf* gemäß § 567 RVO. für weitere 145 Tage der Ortslohn für Erwachsene mit täglich 3 *M*, also der Betrag von 435 *M* hinzugesetzt worden ist. Das Oberversicherungsamt hat diese Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes gebilligt. Die Kläger verlangen jedoch die Annahme eines Jahresarbeitsverdienstes von 3282 *M* 30 *Pf*, indem sie den 693 *M* 89 *Pf* Verdienst für Landarbeit den Verdienst des H. während der Fangzeit mit — nach ihrer Angabe — 2288 *M* 41 *Pf* und außerdem noch den Betrag von 300 *M* Wert der freien Beköstigung während der Fangzeit hinzugerechnet wissen wollen.

Das Reichsversicherungsamt konnte dem nicht beitreten. Seine Rechtsprechung geht dahin, daß der Unfall eines Versicherten, der in mehreren zu verschiedenen Berufsgenossenschaften gehörigen Betrieben desselben Unternehmers versicherungspflichtig tätig ist, von derjenigen Berufsgenossenschaft zu entschädigen ist, bei der der Unfallbetrieb katastriert ist (zu vgl. Rekursentsch. 2414, Amtl. Nachr. 1910 S. 550). Das ist im vorliegenden Falle die Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft. Denn dadurch, daß nach der Auskunft der Polizeiverwaltung in E. vom 2. Februar 1917 die Tonnen, bei deren Anrollen zum Pier H. verunglückt ist, für einen unmittelbar vor der Abfahrt befindlichen Heringslogger bestimmt waren, wird eine der die Haftpflicht der See-Berufsgenossenschaft begründenden Voraussetzungen der §§ 1046 ff. RVO. nicht erfüllt. Die beklagte Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft hat nun allerdings der zu gewährenden Entschädigung den vollen gemäß §§ 563 ff. zu berechnenden Jahresarbeitsverdienst zugrunde zu legen; diese Berechnung kann aber nur, wie das Oberversicherungsamt zutreffend ausführt, nach den für die verhaftete Berufsgenossenschaft geltenden Grundsätzen erfolgen, so daß es so angesehen werden muß, als sei H. lediglich als seemännischer Landarbeiter bei der Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft versichert gewesen. Sein Verdienst während der Fangzeit kommt also für diese Berufsgenossenschaft nicht in Betracht; sie hat den Jahresarbeitsverdienst lediglich nach Maßgabe der bei ihr versicherten Tätigkeit des H. zu ermitteln. Danach ist es aber durchaus zutreffend, wenn sie auf den vorliegenden Fall, da H. nur an 155 Tagen im Jahre die bei ihr versicherte Tätigkeit verrichtet, daneben aber regelmäßig auch noch anderweitig gegen Entgelt gearbeitet hat, die Vorschrift des § 567 RVO. zur Anwendung gebracht hat, nachdem, wie die Auskünfte vom . . . ergeben, weder in dem Betriebe der E . . . Herings-Fischerei-Gesellschaft noch in dem benachbarten gleichartigen Betriebe der B . . . Herings-Fischerei-Aktiengesellschaft ein dem H. gleichartiger Arbeiter hat ermittelt werden können, der während der Fangzeit des H. vom 31. Mai bis 8. November 1913 mit seemännischen Landarbeiten, wie dieser außerhalb der Fangzeit, beschäftigt gewesen ist. Die Anwendung des § 567 RVO. ergibt nun, daß, nachdem H. im Jahre vor dem Unfalle für Landarbeiten an 155 Tagen 693 *M* 89 *Pf* verdient hat, diesem Betrage für die an 300 Tagen fehlende Arbeitszeit von 145 Tagen der Ortslohn hinzuzusetzen ist, der allerdings am 20. April 1914 nicht, wie die beklagte Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft angenommen hat, 3 *M* sondern 3 *M* 50 *Pf* täglich betragen hat. Den 693 *M* 89 *Pf* treten also noch 145 × 3,50 *M* = 507 *M* 50 *Pf* hinzu, so daß sich der gesamte der Entschädigung zugrunde zu legende Jahresarbeitsverdienst auf 1201 *M* 39 *Pf* berechnet. Der Rekurs der Kläger war mit dieser Maßgabe zurückzuweisen.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Neu erworbene Fähigkeiten können Entziehung der Invalidenrente nach § 1304 RVO. rechtfertigen.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. Oktober 1917 (I. R. 29/17).

Der Fabriktischler M. war als Kriegsteilnehmer im September 1914 durch einen Schuß in den rechten Arm verwundet worden. Die Gebrauchsfähigkeit dieses Armes wurde dadurch wesentlich herabgesetzt. M. erhielt Krankenrente vom 27. März 1915 an. Bereits seit 1915 war er in der Gemeinde D. als Fleisch- und Trichinenschauer, in den Gemeinden N. und O. als stellvertretender Fleisch- und Trichinenschauer angestellt, auch war ihm die Schlachtsteuereinnahme übertragen worden. Da festgestellt wurde, daß sich M. inzwischen im Gebrauch des linken Armes und der linken Hand ausgebildet und damit die Befähigung erlangt hatte, die mit seiner neuen Tätigkeit verbundenen umfänglichen Schreibarbeiten auszuführen, wurde ihm die Rente mit Ende April 1917 entzogen. Im Berufungsverfahren wurde die Landesversicherungsanstalt zur Weitergewährung der Rente

verurteilt, weil der vor der Einziehung gehörte ärztliche Sachverständige eine wesentliche Besserung im Zustand des verletzten Armes nicht festgestellt habe. Auf Revision der Landesversicherungsanstalt wurde die Sache wegen ungenügender Feststellungen an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen aus folgenden Gründen:

Daß sich der durch die Verwundung herbeigeführte körperliche Zustand nicht gebessert hat, schließt die Annahme einer die Rentenentziehung rechtfertigenden wesentlichen Veränderung in den Verhältnissen im Sinne des § 1304 nicht aus. Neu angeeignete Fähigkeiten ergeben eine solche (Rev.-Entsch. 1244, Amtl. Nachr. 1906 S. 278). Zweifellos würde deshalb die Ausbildung des Klägers als Linkshänder die Entziehung der Rente rechtfertigen, wenn er infolge derselben mehr als ein Drittel des Normalen zu verdienen vermöchte. Allerdings war M. schon vor dem Rentenfeststellungsbescheid der Beklagten als Fleisch- und Trichinenbeschauer tätig. Indessen war diese Tätigkeit zunächst nur als Versuch zu erachten, der einen Wegfall der Invalidität noch nicht in sich schloß. Jetzt aber darf dieser Versuch als geglückt und die Fähigkeit des Linksschreibens als endgültig erworben erachtet werden, so daß gegenüber dem Zustand zur Zeit des Rentenfestsetzungsbescheids eine wesentliche Änderung in den Verhältnissen unbedenklich angenommen werden kann. Es kann sich nur fragen, ob der Kläger infolge der neu erworbenen Fähigkeit mehr als ein Drittel oder doch mindestens ein Drittel dessen verdienen kann, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Es kann dem Oberversicherungsamte zugegeben werden, daß hiernach ein Drittel des durchschnittlichen Verdienstes eines Maschinentischlers von dem Kläger müßte erzielt werden können, wenn die Invalidität als beseitigt angesehen werden soll. Eine Feststellung jedoch, daß dies nicht der Fall sei, entbehrt der Unterlagen. Über die gegenwärtigen Lohnverhältnisse des Klägers fehlte eine Erörterung, es lag noch nicht einmal die Auskunft des Gemeindevorstandes vom 31. Juli 1917 vor. Diese wäre aber auch noch ungenügend, denn der Kläger ist auch noch als stellvertretender Fleisch- und Trichinenbeschauer in den Gemeinden O. und N. angestellt und über die Einkünfte aus dieser Tätigkeit sagt die Auskunft nichts. Nun ist zwar nicht eigentlich der Betrag des tatsächlichen Verdienstes entscheidend, sondern der Verdienst, den der Kläger bei seinen Fähigkeiten und seiner Körperbeschaffenheit zu erzielen vermag. Indessen wird doch unter Verhältnissen, wie sie hier liegen, mangels entgegenstehender Umstände der tatsächliche Verdienst dem gleichgestellt werden können, was der Kläger zu verdienen vermag (Rev.-Entsch. 1401, Amtl. Nachr. 1909 S. 476).

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung“ 1917 S. 259 ff.)

Nr. 250. Ein zwangsversicherter Angestellter, der vor dem 5. Dezember 1911 bei einem — demnächst als Ersatzkasse zugelassenen — Versicherungsverein versichert war, kann beim Übertritt in ein Beschäftigungsverhältnis zu einem einer Ersatzkasse nicht angeschlossenen Unternehmen auf Grund freiwilliger Weiterversicherung bei der Ersatzkasse nicht von der eigenen Beitragsleistung befreit werden (§ 390 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte).

Nr. 251. Die Rechtskraft einer Entscheidung über die Versicherungspflicht eines Beschäftigungsverhältnisses gemäß § 210 des Versicherungsgesetzes für Angestellte läßt eine neue Entscheidung nur bei einer wesentlichen Änderung dieses Verhältnisses zu.

Nr. 252. Der Choralist einer katholischen Kirche, der mit den übrigen Choralisten täglich bei der Messe den Choral zu singen, bei den Psalmen die lateinischen Texte zu rezitieren und an den Sonn- und Festtagen im Kirchenchor mitzusingen hat, ist **nicht** versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 253. Transformatoren-Kontrolleure einer Fabrik für elektrische Maschinen und Dampfturbinen, welche die Fertigstellung von Transformatoren zu verfolgen und mechanisch nachzuprüfen, etwaige Unstimmigkeiten dem zuständigen Meister zu melden und nach den Angaben des Prüfraums oder Konstruktionsbureaus Fehler zu beseitigen haben, sind **nicht** versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 254. Sind die Beziehungen eines Generalagenten zu einer Versicherungsgesellschaft nach Art eines Handlungsagenten geregelt, so reicht die Gewährung einer garantierten Mindestprovision **nicht** aus, das Verhältnis zu dem eines Handlungsgehilfen zu gestalten, wenn die Gesamtsumme neben den sonstigen schwankenden Einnahmen (Provisionen) nicht von wesentlicher wirtschaftlicher Bedeutung ist.

Bekanntmachung über die Wahlen nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte. Vom 11. Dezember 1917 (RGBl. S. 1101).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu

wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Die Amtsdauer der nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte gewählten Vertrauensmänner, der Vertreter der versicherten Angestellten und ihrer Arbeitgeber in den Verwaltungsorganen der Reichsversicherungsanstalt und der Beisitzer in den Spruchbehörden der Angestelltenversicherung wird bis zum Schlusse des Kalenderjahrs verlängert, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist. Das gleiche gilt für ihre Ersatzmänner.

Angestelltenversicherungspflicht einer Kindergärtnerin erster Klasse.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 23. Februar 1917 (P. 255/16).

Das Oberschiedsgericht hat in Sachen K. — P. 95/16 — (zu vgl. die grundsätzliche Entscheidung Nr. 155 „Angestelltenversicherung" 1916 S. 241) eine als „Kinderfräulein" tätige Kindergärtnerin II. Klasse, die mit den ihr anvertrauten Kindern spazieren zu gehen, sie zu beaufsichtigen, mit ihnen zu spielen, das Kinderzimmer und ihr eigenes Zimmer zu reinigen hatte, für nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte erklärt. Der vorliegende Fall liegt in tatsächlicher Beziehung anders als die Sache K. Fräulein L. hatte allerdings auch die Obliegenheiten, die das in Sachen K. in Rede stehende Kinderfräulein zu verrichten hatte. Darüber hinaus hatte sie aber die Kinder auch bei ihren Schularbeiten zu beaufsichtigen und anzuleiten. Zu diesen gehörten auch fremdsprachliche Arbeiten, die sie nachzusehen und zu verbessern hatte. Diese Arbeitsleistung war ein besonders wichtiger Zweig ihrer Tätigkeit, dem sie sich mit Erfolg nur auf Grund ihrer Vorbildung auf einer höheren Töchterschule und der Ablegung der Kindergärtnerinnenprüfung I. Klasse widmen konnte. Ihre höhere und bessere Vorbildung befähigte sie aber auch in ganz anderer, tiefgehender Weise auf das Gemüt und den Charakter der ihr anvertrauten Kinder einzuwirken, als dies ein Kinderfräulein mit Volksschulbildung und ohne Ablegung der gedachten Prüfung zu tun in der Lage ist. Die erzieherische Tätigkeit der L. trat daher in den Vordergrund und gab ihrer ganzen Stellung dadurch das charakteristische Gepräge. Hinzu kommt, daß sie infolge ihrer höheren Vorbildung sich auch in gesellschaftlicher Hinsicht heraushob aus den Kreisen der handarbeitenden Bevölkerungsklasse. Die gehobene soziale Stellung, die sie infolge ihrer Vorbildung einnahm, kam auch darin zum äußeren Ausdruck, daß sie Familienanschluß hatte und die meisten Mahlzeiten am Tische der Herrschaft einnahm. Die ihr obliegenden niederen Dienste treten gegenüber ihren sonstigen Arbeitsleistungen an Bedeutung erheblich zurück.

Mit Recht hat daher der Rentenausschuß sie nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte für versicherungspflichtig erklärt und es kann dahingestellt bleiben, ob sie auch als „Erzieherin" im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen ist.

Sprechsaal.

Kriegszuschlag zu Unfall- und Hinterbliebenenrenten.

Nach einem Beschlusse des Ausschusses des Reichstags sollen zu Unfallrenten über 75 v. H. hinaus und zu Hinterbliebenenrenten 33⅓ v. H. Zuschlag vom 1. Januar 1917 ab aus Mitteln des Kriegsfonds gezahlt werden. Die Absicht, einen gerechten Ausgleich zwischen den seitherigen Renten und den gestiegenen Kosten der Lebenshaltung zu schaffen, Verstimmung zu verhüten und auch den Rentnern das Durchhalten bis zum Endsiege zu ermöglichen, kann aber durch einen gleichmäßigen prozentualen Zuschlag nicht erreicht werden. Dies mag durch einige Beispiele beleuchtet werden, denen ich einen Änderungsvorschlag anfüge.

1. Die Löhne gleichartiger Arbeiter sind im Laufe der Zeit auf das Vierfache gestiegen. So beziehen z. B. Hauer (im Bergbau) Rente auf Grund eines 100 *M* bis 400 *M* betragenden Monatslohnes. Ein Junggeselle bezieht als Vollrente 1800 *M* jährlich. Auf eine Person einer sechsköpfigen Familie mit 800 *M* Rente auf Grund eines Monatslohnes von 100 *M* entfallen jährlich 133⅓ *M*. Zur letzten Rente müßten 125 v. H. Zuschlag gegeben werden, wenn die Vollrente des Junggesellen (ohne Zuschlag) erreicht werden sollte. Der Zuschlag zu 800 *M* beträgt 266⅔ *M*, der zu 1800 *M* 600 *M*. Zu der Rente von 800 *M* müßte ein Zuschlag von 75 v. H. gegeben werden, wenn dieser Zuschlag dem zur Rente von 1800 *M* gleich sein sollte. Wenn der Rentenbezug des erwähnten Familienvaters dem des Junggesellen gleich sein sollte (einschl. Zuschl.), müßte ersterer 200 v. H. Zuschlag bekommen. Und nun bedenke man, wieviel Prozent Zuschlag der vierkinderige Vater erhalten müßte, wenn die Kopfzahl berücksichtigt würde. Diesen Prozentsatz wagt man gar nicht niederzuschreiben.

2. Zu dem Zuschlage für den Junggesellen müßte mancher Familienvater Steuerbeitrag bezahlen, der weniger verdient, als der Junggeselle Rente bezieht.

3. a) Eine alleinstehende Witwe bezieht auf den Lohn von monatlich 200 *M* eine monatliche Hinterbliebenenrente von 33⅓ *M*, die Nachbarin mit zwei Kindern 100 *M*. Die Wohnungen der beiden sind gleich. Die dreiköpfige Familie braucht auch für Nahrung nicht das Dreifache der alleinstehenden Witwe. Darum gebührt der alleinstehenden Witwe ein verhältnismäßig höherer Zuschlag als der Witwe mit zwei Kindern. Der Zuschlag von 11⅑ *M* an die anhangslose Witwe und 33⅓ *M* an die Witwe mit zwei Kindern stellt keine ausgleichende Gerechtigkeit dar.

b) Eine Witwe mit sechs Kindern bekommt nicht mehr als eine Witwe mit zwei Kindern. Auch da müßte der Zuschlag einen Ausgleich schaffen, was der beschlossene prozentuale Zuschlag nicht vermag.

c) Beim Vorhandensein von Witwe und zwei Kindern können unterstützungsbedürftige Eltern keine Rente bekommen. Da sie keine Rente beziehen, wären sie nach dem erwähnten Beschlusse auch vom Zuschlage ausgeschlossen, und sie müßten doch bedacht werden.

Die Schwierigkeiten eines gerechten Ausgleichs werden nicht verkannt. Besser als der prozentuale Zuschlag wäre schon ein solcher, der jedem Invaliden, jeder Witwe und jedem Kinde einen bestimmten Betrag etwa im Verhältnis wie 8 : 5 : 1 zuwendete ohne Rücksicht auf die Rente. Die Möglichkeit eines gerechten Zuschlages dürfte in folgendem Vorschlage gegeben sein:

I. In jeder Berufsgenossenschaft sind die Arbeiter nach der Lohnhöhe in Klassen (etwa vier) einzuteilen und alle Arbeiterarten einer dieser Klassen zuzuteilen.

II. Für jede Arbeiterklasse ist eine Höchst- und eine Mindestgrenze des gesamten Rentenbezuges als Bedingung für Zuschlagsberechtigung aufzustellen. (Zahlt schon ein anderer Versicherungsträger Rentenzuschlag, so ist dieser anzugeben und aufrechnungsfähig).

III. Bei der Festsetzung der Höchst- und Mindestgrenze als Bedingung für Zuschlagsberechtigung und bei der Festsetzung der Zuschlagshöhe ist außer Arbeiterklasse die Kopfzahl der versorgungsberechtigten Familienglieder zu berücksichtigen.

IV. a) Alleinstehende Witwen sind im obigen Sinne zu berücksichtigen.

b) Eltern, die von ihrem verunglückten oder an den Unfallfolgen gestorbenen Sohnes wesentlich unterstützt worden sind, aber Rente nicht bezogen aus erwähntem Grunde, können auf Antrag Unterstützung bekommen.

Hoffmann in Bochum, Westfälische Str. 19.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Wiederherstellung von Lebens- und Krankenversicherungen.

Hierüber hat der Bundesrat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 laut Bekanntmachung vom 20. 12. 17 (RGBl. S. 1121) eine Kriegsverordnung erlassen, aus der wir auszugsweise folgende Vorschriften hervorheben:

Sind die Rechte aus einer mit einem privaten Versicherungsunternehmen geschlossenen Lebens- oder Krankenversicherung nach dem 31. Juli 1914 erloschen oder gemindert, weil der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung zur Beitragszahlung oder eine andere vertragsmäßige Obliegenheit infolge des Krieges nicht rechtzeitig erfüllt hat, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften die Wiederherstellung der Rechte aus der Versicherung zu verlangen. Die nicht rechtzeitige Erfüllung einer Zahlungspflicht gilt als durch den Krieg verursacht, wenn sie auf eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage des Versicherungsnehmers zurückzuführen ist (§ 1). — Die allgemeinen Bestimmungen über die Voraussetzungen und den Umfang der Wiederherstellung stellt der Vorstand des Versicherungsunternehmens auf; sie bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Werden die Bestimmungen nicht innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde zu stellenden Frist zur Genehmigung eingereicht oder im Falle der Beanstandung nicht innerhalb der weitergestellten Frist so geändert, daß die Genehmigung erteilt werden kann, so ist die Aufsichtsbehörde befugt, die Bestimmungen festzusetzen (§ 2). — Die Wiederherstellung muß bis zum Ablauf von sechs Monaten nach der Beendigung des Krieges beantragt werden. Der Reichskanzler wird ermächtigt, den Zeitpunkt, in dem der Krieg als beendet anzusehen ist, näher zu bestimmen. Wird die Genehmigung oder Festsetzung der allgemeinen Bestimmungen erst nach der Beendigung des Krieges bekanntgemacht, so wird die Frist durch die Aufsichtsbehörde festgesetzt. Sie muß mindestens sechs Monate von der Bekanntmachung an betragen und ist bei dieser anzugeben. Für Versicherungsnehmer, die durch Kriegsverhältnisse an der Einhaltung der Frist verhindert worden sind, endet die Frist erst sechs Monate nach dem Wegfall des Hindernisses (§ 3). — Der Antrag auf Wiederherstellung ist schriftlich unmittelbar an den Vorstand des Versicherungsunternehmers zu richten. Tritt nach der Absendung des Antrags der Versicherungsfall ein, so bleibt das Recht auf Wiederherstellung unberührt (§ 4). — Kommt zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer eine Einigung über die Wiederherstellung der Versicherung nicht zustande, so hat das Amtsgericht, bei dem der Versicherungsnehmer seinen allgemeinen Gerichtsstand hat, auf Antrag des Versicherungsnehmers über die Wiederherstellung der Versicherung zu entscheiden. Gegen den Beschluß findet sofortige Beschwerde statt. Ist über die Versicherung bereits ein Rechtsstreit anhängig, so hat auf Antrag des Versicherungsnehmers das Prozeßgericht in dem Urteil gleichzeitig über die Wiederherstellung der Versicherung zu entscheiden (§ 7). — Diese Vorschriften finden auf ausländische Versicherungsunternehmungen, die im Inland das Versicherungsgeschäft durch Vermittler betreiben, insoweit entsprechende Anwendung, als die Versicherungsverträge durch Bevollmächtigte im Inland geschlossen worden sind (§ 9). — Diese Vorschriften gelten entsprechend auch für Versicherungen, die bei einer auf Grund landesgesetzlicher Vorschrift errichteten öffentlichen Versicherungsanstalt freiwillig genommen sind (§ 10). — Diese Verordnung ist mit dem Tage der Verkündung — den 27. Dezember 1917 — in Kraft getreten (§ 11).

Wir bemerken hierzu: Die Verordnung bezieht sich selbstverständlich nicht auch auf die Träger der reichsrechtlichen Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung. Die im § 10 erwähnten, auf Grund landesrechtlicher Vorschrift errichteten öffentlichen Versicherungsanstalten sind solche, die unter der Verwaltung staatlicher oder Leitung staatlicher oder kommunaler Behörden stehen. Zu vgl. z. B. über solche Versicherungen, insbesondere Volksversicherungen bei öffentlichen Anstalten: Arb.-Vers. 1913 S. 401, 1914 S. 677 und über Kriegsversicherungen dieser Art: ArbVers. 1915 S. 187.

Gebühr für ärztliche Zeugnisse zur Erlangung von Nahrungsmitteln.

Nach der Berliner Ärzte-Korrespondenz hat der preußische Minister des Innern den Ärztekammern folgenden Erlaß vom 13. September 1917 übermittelt. Die Gewährung der für Kranke zulässigen Zusatz-Nahrungsmittel insbesondere der Milch ist von der

Vorlegung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig, in dem die Krankheit, die eine Sonderzuteilung erforderlich macht, bescheinigt wird. Es ist erwünscht, daß namentlich Kranken aus den ärmeren Volkskreisen durch die Beschaffung solcher ärztlichen Zeugnisse nicht zu hohe Kosten erwachsen. Eine der Ziffer 24 a der preußischen Gebührenordnung für Ärzte vom 15. 5. 1896 entsprechende Gebühr von 2 bis höchstens 5 M unter möglichster Anwendung des Mindestsatzes bei Unbemittelten wird eine angemessene Entschädigung für die Ausstellung der gedachten Bescheinigungen darstellen. Es wird ersucht, die Ärztekammern hierauf hinzuweisen und ihnen nahezulegen, daß sie wegen möglichster Beschränkung der Gebührenforderung in derartigen Fällen auf ihre Mitglieder einwirken.

Die Invalidenversicherung im Jahre 1916.*)

Die Geschäftsberichte der Landesversicherungsanstalten erscheinen in der Regel etwas später als die anderer Träger der sozialen Versicherung. Die Berichte auf das Jahr 1916 haben besonders lange auf sich warten lassen. Mehrere Anstalten teilen mit, daß sie diesmal überhaupt keinen Bericht herausgeben. Die Gründe liegen teils in der Überlastung der Anstalten mit Arbeit, teils in der Papierknappheit usw. Aus den vorliegenden Berichten, die im allgemeinen kürzer gehalten sind als sonst, geht hervor, daß das Jahr 1916 eine ganz besondere Ausnahmestellung in der Geschichte der Invalidenversicherung einnimmt. Zu den gewaltigen Anforderungen, die durch die Kriegswirkungen an die Versicherungsanstalten gestellt wurden, trat das Reichsgesetz vom 12. Juni 1916, das reiche Arbeit brachte. Es setzte bekanntlich die Altersgrenze für die Altersrente vom 70. auf das 65. Lebensjahr herab, erhöhte die Waisenrenten, erweiterte die Kinderzuschüsse zu den Invalidenrenten, erhöhte die Versicherungsbeiträge usw. So wurden, wie die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt schreibt, die Schwierigkeiten, mit denen die Versicherungsanstalten schon 1915 zu kämpfen hatten, noch vermehrt. Bei der erheblich gestiegenen Geschäftslast habe sich die Einziehung einer großen Zahl der Beamten zum Heeresdienst immer empfindlicher bemerkbar gemacht, so daß zur Einstellung meist weiblicher Hilfskräfte geschritten werden mußte. Durch alle diese Vorgänge sind, wie die Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein bemerkt, die gesamten Verwaltungskosten gestiegen, und zwar bei dieser von 59, 65 M im Jahre 1915 auf 63,32 M im Jahre 1916 für je 1000 M der Gesamteinnahme. Bei der Landesversicherungsanstalt Kgr. Sachsen stiegen die Allgemeinen Verwaltungskosten von 4,36 v. H. der Beitragseinnahme im Jahre 1915 auf 5,16 v. H. im Jahre 1916. Die Kosten der Beitragseinziehung verminderten sich von 4,14 v. H. auf 3,63 v. H. der eingehobenen Beiträge. Der Verwaltungsbericht der Landesversicherungsanstalt Westfalen begrüßt die Verbesserungen des Gesetzes mit den Worten, daß damit ein langgehegter Wunsch der Versicherten in Erfüllung gegangen sei. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen habe ihr im Berichtsjahr eine Mehrausgabe an Renten, insbesondere Altersrenten, von rund 1 Million Mark verursacht, der keine Beitragsmehreinnahmen gegenüberstehen. Übrigens decke die am 1. Januar 1917 in Kraft getretene Beitragserhöhung, die nur auf das Jahr gerechnet 600 000 M einbringe, die Mehrausgaben erst teilweise. Die Landesversicherungsanstalt Braunschweig schreibt, daß bei der durch den Krieg eingetretenen starken Verminderung der Arbeitskräfte die im Gegensatz hierzu erheblich gesteigerte Arbeitslast nur durch außergewöhnliche Anspannung der der Anstalt verbliebenen Beamten bewältigt werden konnte. Es müßten viele weibliche Hilfskräfte eingestellt werden.

Die Beitragseinnahmen sind im Jahre 1916 infolge des Krieges weiter zurückgegangen. Nach einer Berechnung der Landesversicherungsanstalt Thüringen wurden im Jahre 1916 im Durchschnitt des Reiches 76 v. H. der Beitragseinnahme des letzten vollen Friedensjahres 1913 erzielt. Bei den einzelnen Versicherungsanstalten sind die Verminderungen sehr verschieden. In Thüringen und Kgr. Sachsen wurden nur 68 v. H. eingenommen, in Elsaß-Lothringen nur 55 v. H. Infolge der Zunahme der weiblichen Versicherten verminderte sich die Summe der Beitragseinnahme mehr als die Zahl der entrichteten Wochenbeiträge. So verminderte sich der durchschnittliche Wert des Wochenbeitrags bei der Thüringischen Landesversicherungsanstalt von 32,76 ₰ im Jahre 1915 auf 32,54 ₰ im Jahre 1916. Bei der Norddeutschen Knappschaftspensionskasse, der Sonderanstalt Nr. 33, erhöhte sich die Beitragseinnahme von 1 916 250 M im Jahre 1915 auf 2 044 053 M im Jahre 1916. Die Zahl der Versicherten stieg von 88 048 auf 98 178. Das ist ein Beweis für den Aufschwung des Bergbaues im Gegensatz zu anderen Industriezweigen.

Die Beitragskontrolle hat infolge der Schwierigkeiten, mit denen die Anstaltsverwaltungen zu kämpfen hatten, meist eine Einschränkung erfahren. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt hat von der Befugnis, gegen säumige Arbeitgeber in geeigneten Fällen statt sofortiger Bestrafung zunächst eine Verwarnung zu erlassen, steigenden Gebrauch gemacht. Die Landesversicherungsanstalt Oberpfalz ließ durch 4 Bureaubeamte an 348 Tagen 11 161 Betriebe, Haushaltungen und Arbeitgeber kontrollieren, wobei sich 5294 Anstände ergaben. Die Gesamtsumme der nachgeholten rückständigen Beiträge ergab 28 106 M im Jahre 1916. Bei der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz nahmen von 33 vor dem Krieg vorhanden gewesenen Kontrollbeamten im Jahre 1916 nur noch 5 ihren Dienst wahr. Bei der Thüringischen Landesversicherungsanstalt war nur ein Beamter im Kontrolldienst tätig. Bei der Landesversicherungsanstalt Westfalen waren von früher 26 Ende 1916 nur noch 14 Kontrollbeamte tätig.

Die Rentenfestsetzung bewegte sich allgemein in aufsteigender Linie. Bei den einzelnen Versicherungsanstalten zeigten sich aber recht große Unterschiede. Bei der Landesversicherungsanstalt Ostpreußen stieg von 1915 zu 1916 die Zahl der festgesetzten Invalidenrenten von 3410 auf 5318, Krankenrenten von 80 auf 932, Altersrenten von 211 auf 1972, Waisenrenten von 2115 auf 3578. Bei der Landesversicherungsanstalt Pommern stiegen die festgesetzten Invalidenrenten von 2555 auf 3228, Krankenrenten von 118 auf 1411, Altersrenten von 363 auf 3684. Im Gegensatz hierzu verminderten sich bei der Landesversicherungsanstalt Baden die bewilligten Invalidenrenten von 3464 auf 3156. Die Krankenrenten vermehrten sich von 436 auf 2934, die Altersrenten von 311 auf 2683. Die Waisenrenten verminderten sich ebenfalls und zwar von 2884 auf 2627. Auch bei der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken trat eine erhebliche Abnahme der bewilligten Invalidenrenten ein, und zwar von 1780 auf 1410. Die Krankenrenten vermehrten sich

*) Zu vgl. Jahrg. 1916 S. 280, 1917 S. 42.

von 96 auf 1043, die Altersrenten von 82 auf 823. Die Waisenrenten verminderten sich von 1458 auf 1299. Im allgemeinen ist festzustellen, daß den Kriegsversehrten in der Regel die Krankenrente bewilligt worden ist, da es sich bei diesen meist um junge Leute handelt, die sich in kurzer Zeit an die Verletzung gewöhnen. Die Zusatzrenten spielen eine kaum nennenswerte Rolle. So wurden solche z. B. festgesetzt im Jahre 1916 von den Landesversicherungsanstalten Berlin 1, Schlesien 2, Brandenburg 5, Posen 3, Pfalz 3 usw. Manche Versicherungsanstalten, wie z. B. Mecklenburg, konnten überhaupt keine bewilligen.

Über die Hauptursachen der Invalidität der Rentenempfänger gibt die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte interessanten Aufschluß. In rund einem Viertel der Fälle bestand die Ursache in Entkräftung, Blutarmut oder anderen Krankheiten des Blutes und Altersschwäche. Dann folgen von insgesamt 39 483 Fällen: Tuberkulose mit 5800, Krankheiten des Herzens mit 3425, Gelenkrheumatismus mit 2674, Krankheiten der Lunge (ausschl. Tuberkulose) mit 2613 usw. Die Statistik der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz hat ähnliche Ergebnisse. Bei dieser war Hauptinvaliditätsursache die Lungenschwindsucht in 27 v. H. der Fälle, Entkräftung, Blutarmut, Altersschwäche in 22 v. H., Krankheiten des Herzens 7 v. H., Krankheiten der Adern 6 v. H., Gelenkrheumatismus 5 v. H. usw. Bei der Landesversicherungsanstalt Hannover wurden im Jahre 1916 Invalidenrenten bewilligt in 14.14 v. H. der Fälle wegen Tuberkulose der Lungen, 29,85 v. H. wegen Entkräftung, Blutarmut, Altersschwäche usw., 4,69 v. H. wegen Krankheit der Lungen, 1,70 v. H. wegen Krankheit der Atmungswege.

Die Überwachung der Rentenempfänger wird immer mehr ausgestaltet. Die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte schildert ihr Verfahren hierbei eingehender. Bei den Invaliden- und Witwenrentenempfängern wird jede Sache ein Jahr nach der Rentenbewilligung zwecks Nachprüfung wieder vorgelegt; später werden alle Rentenempfänger in Zeiträumen von zwei Jahren der Nachprüfung unterzogen. Dies geschieht in erster Linie durch Kontrollbeamte. Bei den Empfängern von Krankenrente und Witwenkrankenrente geschieht es in Zwischenräumen von 6 Monaten. Je nach dem Ausfall des Berichtes über die Erwerbs- und Gesundheitsverhältnisse wird dann eine ärztliche Kontrolluntersuchung verfügt. Im Jahre 1916 wurden von insgesamt 23 837 Rentenempfängern 8415 (35,3 v. H.) kontrolliert und daraufhin 1815 (7,6 v. H.) ärztlich untersucht. Bei den übrigen Versicherungsanstalten geschieht die Überwachung der Rentenempfänger fast durchgehends durch die Beitragskontrolleure.

Die Kriegsfürsorgemaßnahmen wurden im seitherigen Rahmen fortgesetzt. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt hatte, wie in den voraufgegangenen Jahren, eine Million Mark dafür zur Verfügung gestellt, aber das Reichsversicherungsamt hat nur den Betrag von 800 000 *M* genehmigt. Hiervon wurde mehr als die Hälfte, nämlich 542 500 *M*, zur Unterstützung Hilfsbedürftiger an Gemeinden und Kreise gegeben. Die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz hat an die Stadt- und Landkreise ihres Bezirks zur teilweisen Deckung der Unterstützungen der Familien der Kriegsteilnehmer, zur Schaffung von Arbeitsgelegenheit usw. bis Ende 1916 die Summe von 35 Millionen Mark hergeliehen. Die Gelder müssen mit 5 v. H. verzinst werden. Die Landesversicherungsanstalt Thüringen hat die ganze Organisation der sozialen Kriegsinvalidenfürsorge in ihrem Bezirke übernommen. Es sind z. B. 120 Vertrauensmänner und 20 Fachberufsberater bestellt worden. Die Fürsorge wurde im Berichtsjahr annähernd 6000 Kriegsbeschädigten zugewendet. Die Landesversicherungsanstalt Großh. Hessen hat die Geschäftsführung des Landesausschusses für die Kriegsbeschädigtenfürsorge im Großherzogtum Hessen übernommen. Die Landesversicherungsanstalt Hannover hat bis Ende 1916 für Kriegshilfe 3 143 881 *M* aufgewendet. Dazu kommen 3 101 400 *M* Kriegsdarlehen an Gemeinden. Die Landesversicherungsanstalt Kgr. Sachsen hat bis Ende des Jahres 1916 zusammen 4 481 722 *M* für Kriegsfürsorgemaßnahmen aufgewendet, davon 2 068 111 *M* im Jahre 1916. Darunter befinden sich 16 461 Einbuße an Zinsen für die von der Landesversicherungsanstalt als Abrechnungsstelle vorschußweise geleisteten Zahlungen für Reichswochenhilfe (§ 9 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, ArbVers. 1914 S. 833). Die Landesversicherungsanstalt Westfalen wendete bis Ende Oktober 1917 insgesamt 2 940 000 *M* für Kriegswohlfahrtszwecke auf. Sie hat eine besondere Denkschrift über diese Frage herausgegeben, aus der hervorgeht, daß sie ihr Augenmerk auf Erhaltung der gemeinnützigen Baugenossenschaften, Aufrechterhaltung des Heilverfahrens und eine Reihe sonstiger Maßnahmen richtete.

Eine Neuerung besteht in der Erweiterung der vorbeugenden Heilfürsorge. Die Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein berichtet ausführlich darüber. Die Maßnahmen erstrecken sich nicht nur auf Geschlechtskrankheiten, sondern besonders auch auf die Tuberkulose. Die Anstalt hat in allen Kreisen, in denen bisher Fürsorgestellen für Lungenkranke nicht vorhanden waren, zur Schaffung solcher angeregt und sich bereit erklärt, Zuschüsse zu leisten. In fast allen Kreisen ist dem Ersuchen entsprochen worden. Eine Schilderung ihrer umfangreichen Tätigkeit auf dem Gebiete der Heilfürsorge gibt auch die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz. Auf ihre Anregung sind 235 Kranken- und Unfallpflegestellen errichtet worden, die im Jahre 1916 zusammen 538 254 Pflegedienste an 35 954 Personen leisteten. Die Gesamtkosten der Landkrankenpflege- und Tuberkulosefürsorgestellen betrugen 103 617 *M*. Die Versicherungsanstalt steht auch mit 16 Trinkerfürsorgestellen in Verbindung und unterstützt sie. Bei der Thüringischen Landesversicherungsanstalt nahm die Zahl der unterstützten Gemeindepflege-, Fürsorge- und Hilfsfürsorgestellen erheblich zu; die aufgewendeten Beträge stiegen von 38 900 auf 47 660 *M*. Die Landesversicherungsanstalt Großh. Hessen teilt mit, daß sie sich im Jahre 1916, noch mehr als früher, die Unterstützung der Tuberkulosefürsorgestellen, der Krankenpflegestationen, der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs und ähnlichen Bestrebungen habe angelegen sein lassen. Die Landesversicherungsanstalt Hannover hat von allgemeinen Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit bei Versicherten ausgedehnteren Gebrauch gemacht. Nicht weniger als 90 243 *M* sind derartigen Zwecken zugewendet worden. Davon entfallen 30 318 *M* auf die Gemeindekrankenpflege.

Die Kinderfürsorge ist in weiterer Ausgestaltung begriffen. Bei der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte waren im Berichtsjahr 567 Kinder, das sind 167 mehr als im Vorjahr, in

Waisenfürsorge. Die Thüringische Landesversicherungsanstalt ließ 1061 Kindern eine Fürsorge durch Gewährung von Solbadekuren usw. zukommen. Daneben wurden noch größere Beträge für Kinderkrippen, Kindergärten usw. ausgegeben. Die Landesversicherungsanstalt Hessen hat Kinder in Lungenheilstätten entsandt; 190 Waisenrentenempfängern wurden Solbadekuren, außerdem noch 450 Kindern Heilverfahren zuteil. Die Landesversicherungsanstalt Westfalen hat zur Durchführung von Kuren für skrophulöse Kinder im Jahre 1916 150 000 ℳ und im April 1917 weitere 150 000 ℳ bewilligt. In den Jahren 1915 und 1916 sind rund 27 000 kurbedürftige Kinder von den Gemeinden angemeldet worden. Die Gemeinden steuerten ein Drittel der Gesamtkosten zu den Kuren bei.

Der Arbeiterwohnungsfürsorge wird fortgesetzt die nötige Aufmerksamkeit geschenkt. Allerdings ist auch hier die Anteilnahme der einzelnen Versicherungsanstalten eine recht verschiedene. So hatte die Landesversicherungsanstalt Baden Ende 1916 37½ Millionen Mark für solche Zwecke hergegeben, davon 26¾ Millionen Mark unmittelbar an Versicherte, was besonders zweckmäßig ist. Der Zinsfuß schwankt zwischen 3 und 4¼ v. H. Einen sehr geringen Betrag hat die Landesversicherungsanstalt Mecklenburg zu solchen Zwecken angelegt, nämlich 169 000 ℳ Ende des Jahres 1916. Der Betrag ist fast ausschließlich an Gemeinden und Genossenschaften gegeben worden. Es haben noch ausgeliehen zum Bau von Arbeiterwohnungen: Berlin 8 106 510, Schlesien 14 985 525, Mittelfranken 9 258 075 ℳ.

Trotz der starken geldlichen Belastung der Versicherungsanstalten haben ihre Vermögensbestände zugenommen, wie es bei den versicherungstechnischen Einrichtungen (Kapitaldeckungsverfahren) nur natürlich ist. Ist doch auch der „Beharrungszustand“ noch nicht eingetreten. Durch den fortgesetzten Ausbau der Versicherung (wie z. B. die Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente) wird auch der Zeitpunkt dafür immer wieder hinausgeschoben.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Rückforderung von Gehalt, das in Unkenntnis von dem Tode eines Angestellten weitergezahlt ist.

1. **Nach Oberhausen, Rhld.** Antwort: Das für den zum Heeresdienst eingezogenen Kassenbeamten weitergezahlte Gehalt kann die Kasse, nachdem festgestellt ist, daß der als vermißt Angesehene tatsächlich bereits am 30. Juni 1916 gefallen ist, zurückfordern, soweit nicht etwa ein Anspruch der Witwe auf Weiterzahlung für bestimmte Zeit (Gnadenvierteljahr) begründet ist. Aber der Anspruch richtet sich nicht ohne weiteres gegen die Witwe allein. Denn diese hat die Gehaltszahlungen nicht für sich, sondern kraft ausdrücklichen oder stillschweigenden Auftrags für den Angestellten empfangen. War dieser bei der Fälligkeit der einzelnen Gehaltsrate bereits tot, so floß die gleichwohl noch an seine Beauftragte (vgl. § 672 BGB.) geleistete Zahlung in seinen Nachlaß. Die Erben sind es daher, gegen die sich die Rückforderung richten muß. Ob außer der Witwe nicht noch andere Erben vorhanden sind (insbesondere Kinder oder, beim Mangel solcher, Eltern), wird hiernach festzustellen sein. In erster Reihe käme es darauf an, ob ein Testament vorhanden ist und wer darin als Erbe eingesetzt ist.

Der Unternehmer hat bei Krankenhausbehandlung nur den tatsächlich gezahlten Unfallzuschuß zu erstatten.

2. **Nach W. B.** Antwort: Die Kasse scheint der Ansicht zu sein, daß bei einem Betriebsunfalle der Arbeitgeber schlechtweg der Kasse Ersatz für die von der 5. bis 13. Woche gewährte Krankenhilfe zu leisten habe. Das ist aber irrig. Vielmehr hat er nur das zu ersetzen, was die Kasse dem Verletzten gemäß §§ 573, 575 RVO. über die sonstigen gesetzlichen und satzungsmäßigen Verpflichtungen hinaus zu gewähren hat. In dieser Beziehung würde nur der Unfallzuschuß in Betracht kommen. Ihn hätte also der Unternehmer der Kasse zu erstatten, wenn er gezahlt worden wäre. Aber das ist nicht geschehen. Vielmehr hat der Verletzte statt Krankengeldes Unterhalt im Krankenhause erhalten, und dieser ist derselbe, wie wenn die Krankheit nicht die Folge eines Betriebsunfalles wäre. Darum hat der Unternehmer auch keine Ersatzpflicht. Hausgeld oder Taschengeld sind nicht gezahlt worden. Zu vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts in ArbVers. 1916 S. 707.

Dauer der Krankenhilfe bei satzungsmäßiger Erweiterung.

3. **Nach Döbeln.** Antwort: § 21 Abs. 5 Ihrer Satzung beginnt mit einem Druckfehler. Statt „das Krankengeld“ muß es selbstverständlich heißen: „die Krankenhilfe endet usw.“ Hiervon abgesehen, entspricht diese Bestimmung genau dem § 183 RVO. mit der Maßgabe, daß sie die Dauer der Krankenhilfe von 26 auf 39 Wochen erweitert (§ 187 Ziff. 1 RVO.), dann aber noch hinzufügt: „Die Krankenhilfe für die Zeiten der Krankheit mit Arbeitsfähigkeit und mit Arbeitsunfähigkeit zusammen endet jedoch in jedem Falle spätestens mit Ablauf eines Jahres vom Beginn der Krankheit an.“ Diese Einschränkung ist zulässig, soweit sie eine Verkürzung der gesetzlichen Dauer der Krankenhilfe nicht zur Folge hat. Eine solche Verkürzung könnte unter Umständen tatsächlich eintreten. Wenn z. B. der Versicherte erst in der 39. Woche nach Beginn der Krankheit arbeitsunfähig wird und infolge der satzungsmäßigen Erweiterung der Leistungsdauer nunmehr noch den Anspruch auf Krankengeld erwirbt, so ist ihm durch § 183 Abs. 1 Satz 1 RVO. der Bezug des Krankengeldes für 26 Wochen verbürgt, so daß die Krankenhilfe über ein Jahr vom Beginn der Krankheit hinaus reicht. Dieser Anspruch

kann ihm durch den oben wiedergegebenen Zusatz der Satzung nicht verkürzt werden. Daraus ergibt sich, daß die Fassung des Zusatzes zu allgemein gehalten ist. Das ist aber kein Grund, ihn von der Anwendung auch in solchen Fällen auszuschließen, in denen er nicht zu einer Verkürzung der gesetzlichen Leistungsdauer führt. Im vorliegenden Falle ist der Versicherte seit dem 28. November 1916 ununterbrochen in ärztlicher Behandlung, ist vom 22. Januar bis 3. März 1917 arbeitsunfähig gewesen und dann wieder am 30. April 1917 arbeitsunfähig geworden. Die *gesetzliche* Dauer des Krankengeldbezugs von 26 Wochen (§ 183 Abs. 1 Satz 1) würde also, wenn Unterbrechungen bis zu 13 Wochen nicht angerechnet werden (§ 183 Abs. 1 Satz 2), höchstens vom 22. Januar bis zum 22. Oktober reichen und hiermit würde (nach § 183 Abs. 2) auch der Anspruch auf Krankenpflege enden. Der Versicherte wird daher nicht schlechter gestellt, wenn die Kasse, in Anwendung des oben erwähnten Zusatzes der Satzung, die Krankenhilfe überhaupt spätestens mit dem 28. November 1917 einstellt.

Arbeitsunfähige bleiben Mitglieder ihrer bisherigen Kasse, auch wenn der Beschäftigungsort der anderen Arbeiter desselben Arbeitgebers wechselt.

4. Nach Bendorf *Frage:* Die von einer Firma bisher im hiesigen Kassenbezirk ausgeführten Arbeiten werden jetzt in der benachbarten Bürgermeisterei weitergeführt. Die Arbeiter sind daher bei der hiesigen Kasse ab- und bei der Nachbarkasse angemeldet worden, und zwar einschl. eines erkrankten arbeitsunfähigen Mitgliedes. Die neue Kasse weigert sich nun, dem erkrankten Arbeiter die Kassenleistungen nach ihrer Satzung weiter zu gewähren, da § 212 RVO. nur anwendbar sei bei Vereinigung und Auflösung von Krankenkassen. Wir sind jedoch der Ansicht, daß § 212 auch dann gilt, wenn der Betrieb eines Arbeitgebers an eine andere Kasse übergeht, und daß diese vom Tage des Übergangs ab auch die Fürsorge für diejenigen *arbeitsunfähigen* Versicherten zu übernehmen hat, die vor dem Betriebsübergang bereits arbeitsunfähig krank waren.

Antwort: Wir können Ihrer Ansicht nicht beipflichten. Der Betrieb an sich ist nicht auf die neue Kasse übergegangen. Vielmehr ist die Mitgliedschaft bei dieser für den einzelnen Arbeiter nur insoweit begründet worden, als nunmehr die Beschäftigung im Bereich der neuen Kasse stattfindet. Die Zuständigkeit der Kassen hat sich also deswegen geändert, weil der maßgebende Beschäftigungsort gewechselt hat. Diese Voraussetzung liegt aber bei dem arbeitsunfähigen Versicherten nicht vor. Er ist in dem Bereich der neuen Kasse nicht beschäftigt, weil er eben arbeitsunfähig ist. Auf ihn findet daher § 311 RVO. Anwendung, wonach Arbeitsunfähige Mitglieder ihrer Kasse bleiben, solange diese ihnen Leistungen zu gewähren hat.

Pauschsatz für Krankenpflege nach § 1503 RVO.

5. Nach Hirschberg (Schlesien). *Frage:* Ein Unfallverletzter hat gemäß § 576 RVO. über die ersten 13 Wochen hinaus die Leistungen seiner Krankenkasse erhalten. Da eine Unfallrente nach der 13. Woche zu gewähren ist, stellt die Kasse der Berufsgenossenschaft unter anderem für die 14. bis 26. Woche nach § 1503 RVO. 3/8 des Grundlohns als Ersatz für gewährte Krankenpflege in Rechnung, weil der Arzt für 11 Konsultationen des Unfallverletzten in dieser Zeit der Kasse 12 *M* liquidiert hatte. Wie die Ermittlungen ergeben haben, fanden die Konsultationen allwöchentlich und zwar in 9 Fällen Sonnabends und 2mal Freitags statt. Weder der Unfallverletzte noch der Arzt können sich, da der Fall nun bereits über ein Jahr zurückliegt, genau erinnern, ob und inwieweit außer den Kontrolluntersuchungen zwecks Ausstellung der Krankengeldbescheinigungen, eine tatsächliche Krankenpflege (ärztliche Behandlung im gesetzlichen Sinne) stattgefunden hat. Der Arzt will, soviel er sich erinnere, ein- oder zweimal Einreibungen verordnet haben. Der Verletzte selbst kann ebenfalls keine einwandsfreie Erklärung darüber abgeben. Seine Frau will sich allerdings entsinnen können, daß ihm der Arzt einmal etwas verschrieben habe. Eine Aufklärung durch die Krankenkasse ist aber auch nicht möglich, da sie nicht im Besitze einer diesbezüglichen Apothekerrechnung ist. In welcher Weise hätte hier § 1503 in Anwendung zu kommen und für welche Zeit wären die 3/8 des Grundlohns zu erstatten, wenn der Arzt seine Aussage beeiden würde, es aber unaufgeklärt bliebe, an welchem Tage die Verordnung erfolgte, und für welche Zeit die Krankenpflege als gewährt anzusehen ist?

Antwort: Wir sind geneigt anzunehmen, daß der Verletzte in der ganzen Zeit bis zum Ablauf der 26. Woche nicht nur unter der Kontrolle, sondern auch unter der Fürsorge des Arztes gestanden hat. Darauf deutet schon der Umstand, daß die Anfrage von allwöchentlichen „Konsultationen", also Beratungen des Arztes spricht, der hiernach wohl nicht nur wegen der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit, sondern wohl auch deshalb von Woche zu Woche den Verletzten zu sich beschied, weil er mit der Möglichkeit solcher Veränderungen rechnete, welche neue ärztliche Verordnungen notwendig machen konnten. Wenn es ein- oder zweimal tatsächlich zu solchen Verordnungen gekommen ist, so weist das um so mehr darauf hin, daß der Verletzte einer solchen *fortdauernden Beobachtung* durch den Arzt, als einer *Heilmaßnahme*, bedurft und nicht etwa *nur* an den Tagen, an denen der Arzt ein Heilmittel verordnete, in ärztlicher Behandlung gestanden haben dürfte. Unter dieser tatsächlichen Voraussetzung ist der Anspruch auf drei Achtel des Grundlohns für jeden Tag vom Beginn der 14. bis zum Ablauf der 26. Woche nach § 1503 RVO. begründet (zu vgl. *Hahn*, Anm. 3b zu § 222 RVO.). Ob die tatsächliche Voraussetzung für gegeben zu erachten ist, ist schließlich eine Frage der Beweiswürdigung, die wir aber, wie erwähnt, nach dem Inhalt der Anfrage ohnehin zu bejahen geneigt sind, weil der Arzt den Kranken fortdauernd zum Zwecke der Heilfürsorge im Auge behalten hat.

Der Anspruch auf Sterbegeld setzt keine Begräbniskosten voraus.

6. Nach U. *Antwort:* § 203 RVO. bestimmt nur, daß vom Sterbegeld zunächst die Kosten des Begräbnisses bestritten werden. Nicht aber ist für den Anspruch der Berechtigten Voraussetzung, daß auch derartige Kosten entstanden seien. War der Versicherte bis zu seinem im Felde erfolgten Tode Mitglied der Kasse, so ist § 201 RVO. anzuwenden, und die bezugsberechtigten Personen bestimmen sich nach § 203. Ihnen steht somit der ganze Betrag des Sterbegeldes zu, wenn die Militärverwaltung das Begräbnis veranlaßt hat und infolgedessen jenen keine Kosten dafür entstanden sind.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Kroschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1197 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 21. Januar 1918 | Heft 3

Einige Bemerkungen über ärztliche Gutachten.

Von Oberregierungsrat Kobler in München.

In Nr. 9 des 24. Jahrganges der Monatschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen berichtet Kreisarzt Dr. R. Lehmann „über einen Fall von Tod durch Blutvergiftung nach Unfall“ (S. 197 bis 209). Die Arbeit geht aber über die Darstellung des Falles und seine fachwissenschaftliche Beurteilung erheblich hinaus; der Verfasser zieht die gesamte ärztliche Gutachtertätigkeit in den Kreis seiner Betrachtung. Seine Ausführungen sind gerade deshalb besonders wertvoll; denn sie zeigen an einem praktischen Falle so recht anschaulich, welche Forderungen man an die ärztliche Gutachtertätigkeit stellen muß.

Dr. Lehmann weist darauf hin, daß „sich gegenüber allen noch so widerspruchsvollen Zeugen- und Angehörigenaussagen eine unerschütterliche Mauer aufrichten soll zur Herstellung absoluter Klarheit über den Fall als solchen und seine nächsten Folgen: die Aufzeichnungen des zuerst behandelnden Arztes oder Krankenhauses. Es darf nicht vom rechten Arm gesprochen werden, wenn der linke gemeint ist; es ist nicht gleichgültig, ob der Kranke an dem und dem Tage oder einige Tage früher oder später den Arzt zuerst aufgesucht hat, ob diese oder jene nicht mit dem Unfalle zusammenhängende Krankheitserscheinung bei der ersten Untersuchung vorhanden war oder nicht; alle diese Angaben kurz, genau und zunächst ohne jegliche gutachtliche Färbung“. Es handelt sich zunächst nach dem Unfalle und der einsetzenden ärztlichen Behandlung um die Niederlegung des ersten festen Tatsachenmaterials. Das ist ungeheuer wichtig, da es die Grundlage der ganzen späteren Begutachtung und Rechtsprechung besonders da bildet, wo der Verletzte tatsächlich oder angeblich an den Folgen des Unfalles verstorben ist. Welche Verwirrung hier eine Nachlässigkeit heraufbeschwören kann, wie dadurch ein an sich einfacher Fall zu einem „Gerichtsfall von unheimlichen Dimensionen und geradezu kriminalistischer Verschmitztheit werden kann“, weist Lehmann des näheren nach. Am Schlusse frägt er: „Wer soll überhaupt ärztlicher Gutachter in den Rechtsfragen der sozialen Gesetzgebung sein?“ Lehmann glaubt, daß sich der behandelnde Arzt hierfür nicht eigne, denn niemand stehe dem Falle weniger objektiv gegenüber als der behandelnde Arzt. Er hält die Gutachtertätigkeit für ein Spezialgebiet, auf dem eine praktische Sondererfahrung notwendig sei. Zum Gutachter gehört nach seiner Meinung ein gewisser juristischer Einschlag, den nicht jeder Mediziner besitzt; er hat ihn ja zur Krankenbehandlung auch gar nicht nötig. Aus der gesamten allgemeinen Ärzteschaft sollten deshalb nur die auf Grund bewiesener prak-

tischer Erfahrung oder spezieller Vorbildung auserwählten Vertrauensärzte der Versicherungsträger, die für die Gutachtertätigkeit spezialistisch vorgebildeten Amtsärzte, die Leiter von Kliniken und Krankenhäusern, soweit sie nachweislich Erfahrung auf dem gutachtlichen Gebiete haben, und die Spezialärzte, ebenfalls unter der letzteren Voraussetzung und unter enger Begrenzung auf Fragen ihres Spezialfaches, berufen werden. Die Beobachtung und Begutachtung in Kliniken und Krankenhäusern sollten nicht, wie es leider oft geschehe, von einem noch unerfahrenen Assistenzarzt gemacht und die Gutachten vom Chef nur unterschrieben werden. Lehmann warnt die Behörden auch davor, sich nicht durch den Ruf einer Heilanstalt oder eines als Arzt berühmten Leiters imponieren zu lassen, sondern, wenn sie Krankenhausbeobachtung beschließen wollen, nur danach zu fragen, ob der Leiter auch das nötige Interesse für den Fall und die nötige Erfahrung in der Begutachtung hat. Besonders macht Lehmann darauf aufmerksam, daß die pathologisch-anatomischen Gutachten nur ein Hilfsmittel zur Feststellung des Tatbestandes darstellen, wenn Zusammenhang zwischen Tod und Unfall in Frage ist, daß aber die Anatomen zur endgültigen Antwort selten geeignet sind. Die Ausführungen Lehmanns gipfeln in der Forderung, daß Gutachter nur im Fach erfahrene, interessierte und nach beiden Seiten hin unabhängige Männer sein sollen.

Die Mitwirkung des Arztes, und zwar seine erkennende, heilende und begutachtende Tätigkeit beherrscht den gesamten Vollzug der Arbeiterversicherung. Es ist deshalb von allgemeinem Interesse sich mit den Anregungen Lehmanns etwas näher zu beschäftigen.

Besonders wichtig ist die Tätigkeit des behandelnden Arztes; bei der Unfallversicherung hängt z. B. die Entscheidung über den Ausgang einer Verletzung oft von den ersten 24 Stunden der Behandlung ab. Auch das Schicksal eines Prozesses wird sehr oft durch die erste Äußerung eines Arztes bestimmt. Die Aufzeichnungen desjenigen Arztes, der den Kranken am frühesten in seine Behandlung genommen hat, sind von besonderer Bedeutung für die Erkenntnis in aller Zukunft. Man wird deshalb auch bei der Begutachtung auf die Mitwirkung aller Ärzte nicht verzichten können. Man ist zu einem solchen Verzichte aber auch aus inneren Gründen nicht gezwungen. Der juristische Einschlag, den Lehmann bei jedem Begutachter voraussetzt, braucht wohl nicht von Anfang an vorhanden zu sein. Er läßt sich erst im Laufe der Gutachtertätigkeit dadurch gewinnen, daß der Arzt sich immer gründlicher über die Rechtsgrundsätze unterrichtet, bei deren Anwendung er mitwirkt. Auch der Jurist bedarf eines medizinischen Einschlags um ein ärztliches Gutachten richtig zu würdigen; allein auch er wird diesen Einschlag wohl erst durch seine Beschäftigung mit ärztlichen Gutachten erreichen. Vom allgemein menschlichen Standpunkte aus ist es zu begreifen und zu verzeihen, wenn ein Arzt nur zögernd und ungern an eine Arbeit geht, bei der er sich nicht sicher fühlt, und die Klagen über Gutachter, welche sich nur nach langen Zeiträumen äußern wollen und in ungenügender Weise antworten, lassen sich meist auf diese Unsicherheit zurückführen.

Als die Unfallversicherung noch im Anfange ihrer Entwicklung stand und die Invalidenversicherung eben ins Leben trat, habe ich als Mitglied einer unteren Verwaltungsbehörde die beste Erfahrung mit Gutachten gemacht, die ich in persönlicher Fühlung mit dem Arzte gewann. Mündliche Aussprache spart Zeit und Kraft. Der Arzt wird aufs gründlichste über die Tatsachen aufgeklärt, auf die es bei der Begutachtung ankommt, und der Jurist erfährt am besten die Schlüsse, welche die medizinische Wissenschaft aus dem Tatsachenmaterial zieht. In schriftlicher Auseinandersetzung läßt sich das gleiche Ergebnis nur mit einem ungleich größeren Aufwand von Zeit und Kraft erzielen. Hier lassen sich ergänzende Anfragen und Antworten nicht vermeiden; dieses Hin- und Herfragen bildet aber eine Qual für beide

Teile. Deshalb sollten Versicherungsträger und Versicherungsbehörden das Hauptgewicht darauf legen, persönliche Fühlung mit dem Arzte zu gewinnen. Bei den Versicherungsämtern wird sich das ja am einfachsten machen lassen. Aber auch im übrigen ist es nicht so ausgeschlossen, als es vielleicht beim ersten Blick scheinen möchte. Als Vorsitzender eines Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung habe ich gerne die wichtigeren Fälle vor der Untersuchung mit dem Vertrauensarzte durchgesprochen. Ich habe auch kein Bedenken getragen, den Arzt in wichtigen und lehrreichen Fällen zur Beratung zuzuziehen. Schon die früheren Vorschriften verboten das nicht (vgl. Revisionsentsch. des RVA. 407, Amtl. Nachr., InvVers. 1895 S. 36). Durch die neuen Vorschriften der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter ist die Zuziehung der Ärzte zur Beratung der Spruchkammer ausdrücklich gestattet. Die Bestimmung des § 34 läßt sich wohl nur in diesem Sinne auffassen; denn sie erlaubt die Anwesenheit aller bei dem Oberversicherungsamte beschäftigten Personen, denen der Vorsitzende die Anwesenheit zu ihrer eigenen Ausbildung gestattet hat. Zu den beim Oberversicherungsamte beschäftigten Personen gehören auch seine Vertrauensärzte und die Anwesenheit bei der Beratung soll ihre Ausbildung für die Gutachtertätigkeit fördern. § 34 steht in bewußtem Gegensatz zu § 195 GerVerfGes., der ausdrücklich nur die Zuziehung der Personen gestattet, die beim Gerichte zu ihrer juristischen Ausbildung beschäftigt sind. Wenn der Arzt Gelegenheit hat, aus eigener Anschauung die Wirkung kennen zu lernen, welche seine Gutachten auf die Gerichtspersonen ausüben, wenn er Gelegenheit hat zu sehen, wie sich der Rechtsstoff auf praktische Fälle anwenden läßt, so wird er immer mehr lernen, sich als Stütze und Gehilfen des Gerichts zu fühlen. Von dieser engeren Verbindung des Arztes mit dem Gerichte wird ja zur Zeit noch wenig Gebrauch gemacht. Im Gegenteil ist öfters wahrzunehmen, daß der Arzt dem Gerichte ferne bleibt und sein Gutachten nur schriftlich erstattet. Dadurch aber verschließt sich dem Arzte manche Erkenntnisquelle, die sich ihm sofort öffnet, wenn er sein Gutachten in der öffentlichen Sitzung abgibt und es im Kreuzfeuer der Parteiverhandlung erörtern sieht. Die rein schriftliche Begutachtung widerspricht auch dem Geiste des Gesetzes. § 1686 RVO. spricht zwar nur von den Ärzten, die das Oberversicherungsamt als Sachverständige nach Bedarf zuzieht, während § 8 des Hauptgesetzes von 1900 in etwas langatmiger Weise von den Ärzten sprach, die als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgerichte in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. Die Änderung scheint aber keine sachliche Bedeutung zu haben und nur auf Gründe der sprachlichen Schönheit zurückzugehen. Die Motive sprechen überhaupt nicht von einer Änderung, sondern nur von einer wesentlichen Erweiterung der Geltung des § 8 auf das gesamte Gebiet der Reichsversicherung (vgl. die Begr. zum letzten Entw. der RVO. S. 503). Die rein schriftliche Begutachtung sollte also auch jetzt nur die Ausnahme bilden. Auch § 19 der erwähnten Verordg. geht davon aus, daß die Sachverständigen in der Regel in der mündlichen Verhandlung befragt werden können.

Trotzdem wird aber für alle Behörden und alle Versicherungsträger eine Anzahl von Fällen übrigbleiben, in denen sich eine persönliche Fühlung mit dem Sachverständigen nicht herstellen läßt. Für solche Fälle ist es notwendig, daß der Sachverständige über die Rechtsgrundsätze der RVO. genügend aufgeklärt werde. Ein viel beschäftigter Arzt hat eben nicht Zeit, sich das, was er braucht, aus umfangreichen Handbüchern zusammenzusuchen. Die ärztliche Fachliteratur bringt zwar viele interessante Einzelfälle, muß sich aber von der Erörterung der Grundbegriffe fernhalten. Das Kgl. bayer. Staatsministerium des Innern hat deshalb sämtlichen bayerischen Ärzten einen Leitfaden der Reichsversicherung für den behandelnden und begutachtenden Arzt zur Verfügung gestellt,

der in möglichst knapper und übersichtlicher Form das enthalten soll, was jeder Arzt im täglichen Verkehr braucht. Der Gedanke ist sehr gut. Wer von einem bayerischen Arzte ein Gutachten erholt, kann sich in vielen Fällen weitläufige Auseinandersetzungen sparen. Er braucht nur auf die einschlägigen Ausführungen des Leitfadens Bezug zu nehmen. Allein ein solcher Leitfaden muß hier und da wieder umgearbeitet werden, wenn er nicht veralten soll; denn die Rechtslehre und Rechtsübung sowie die ärztliche Erfahrung finden immer wieder neue Wege.

Wenn der Arzt besser darüber unterrichtet ist, worum es sich handelt, wird er auch mehr Interesse für seine Gutachten gewinnen. Das habe ich immer wahrgenommen. Die Gutachtertätigkeit braucht dann nicht auf bestimmte Kreise von Ärzten beschränkt zu werden. Sie dem ganzen Ärztestande zu belassen, würde ich aber immer als einen großen Vorzug betrachten; denn auch die Unparteilichkeit ist weniger mit einer bestimmten Stellung verbunden als mit der Persönlichkeit. Wenn Lehmann auf eine Attestfabrik hinweist, die kein Versicherter ungetröstet verließ, so muß immer wieder hervorgehoben werden, daß auch nach der anderen Seite hier und da gefehlt wird. Am besten wäre es, wenn der Sachverständige gar nicht wüßte, auf wessen Veranlassung hin er sein Gutachten abgibt. Das läßt sich aber in unserem Verfahren nur ausführen, soweit die Gutachten von den Versicherungsbehörden eingefordert werden.

Im allgemeinen wird der Wert des Gutachtens von dem Werte des Gutachters abhängen. Wer viel mit Gutachten zu tun hat, wird die Ärzte bald kennen, deren Unparteilichkeit angezweifelt werden kann. Sie sind sehr selten. Wer ärztliche Gutachten liest, darf eben nicht bloß das Ergebnis des Gutachtens in Betracht ziehen, sondern muß an der ganzen Darstellung den Wert des Gutachtens prüfen. Es wird ja noch manches durch oberflächliche Arbeit gesündigt. Hier entscheidet aber ebensowenig wie sonst die Stellung des Gutachters. Ein Wust nebensächlicher Dinge, die mit dem ganzen gar nichts zu tun haben, täuscht nur einem Unkundigen Gründlichkeit vor; insbesondere wenn es sich um Formblätter handelt, wird oft die Hauptsache durch die Nebenfragen vollständig erstickt. Besonders gefährlich sind die sogenannten einfachen Zeugnisse. Sie sind ja nach der ärztlichen Gebührenordnung nur mit sehr geringen Taxen zu entlohnen; wie schädlich aber hier die Sparsamkeit wirkt, kann man alle Tage sehen. In einem besonders drastischen Falle wurde auf ein völlig ungenügendes Gutachten hin viele Jahre lang eine Rente ohne ausreichenden Rechtsgrund bezahlt (3 *M* Kosten des ärztlichen Gutachtens, 1400 *M* Rente). Ein anderes Mal wurden Beschwerden im Gebrauche einer Hand von einer Berufsgenossenschaft entschädigt, weil sie nach einem Unfalle aufgetreten waren, der diese Hand traf. Erst spät stellte eine Röntgenuntersuchung fest, daß die Beschwerden von einer Revolverkugel verursacht wurden, die zwischen den Knochen der Handwurzel saß. Der Unfallrentner erinnerte sich dann auch, daß er als Knabe von einem Kameraden verletzt worden war, der mit einem Revolver spielte. Man fand damals die Kugel nicht und nahm an, daß sie abgeglitten sei. Erst nach zwanzig Jahren rief sie durch ihre Verlagerung die Beschwerden hervor, die man mit einem späteren Unfall in Zusammenhang brachte.

Jede Stelle, die ein Gutachten einfordert, muß sich schon im allgemeinen genau die Sachverständigen ansehen, von denen sie das Gutachten einzieht; sie muß aber auch genau wissen, ob die Fragen, welche sie an den Gutachter richtet, wirklich in den Bereich seines Faches fallen. Ein technischer Freund hat mir einmal aus einer Gerichtsverhandlung, in der er als Sachverständiger auftrat, einen besonders drastischen Fall erzählt: ein vor ihm vernommener Sachverständiger habe ein ganz merkwürdiges Gutachten abgegeben. Bevor er selbst sein Gutachten erstatten mußte, habe er darauf auf-

merksam gemacht und den Vorsitzenden veranlaßt, den Sachverständigen zu fragen, ob er denn überhaupt diesen Zweig der Technik beherrsche, in dessen Rahmen sich der Streitfall bewegte. Der Sachverständige hat dann offen zugegeben, daß er das Gebiet nicht beherrsche. Auf die weitere Frage des Vorsitzenden, warum er dann auf seine Fragen geantwortet habe, konnte er nur erwidern: „Weil ich gefragt worden war, habe ich eben geantwortet, so gut ich die Sache zu verstehen glaubte.“ Es gibt ärztliche Gutachten, die einen ähnlichen Eindruck machen. Nur selten findet man in einem Gutachten den Hinweis darauf, daß ein anderer Arzt angegangen werden sollte. Oft gibt der Arzt, wenn er gefragt wird, das verlangte Gutachten ab und überläßt der einfordernden Stelle oder einem zweiten Gutachter das Urteil darüber, ob das Gutachten auch wirklich aus einer umfassenden Sachkenntnis hervorgegangen ist. Der Jurist muß die bequeme Neigung bekämpfen, jeden Nichtjuristen schon für einen Sachverständigen zu halten; er muß sich darüber klar sein, in welch große Zahl von Sonderzweigen sich jedes Fach im Laufe der Zeit gespalten hat. Es kommt vor, daß Chirurgen über Fragen der inneren Medizin gehört werden, weil am Anfange des Leidens eine Verletzung steht. Auch die Anhörung von pathologischen Anatomen, vor der Lehmann im allgemeinen warnt, ist nicht so selten.

Besonders sorgfältig sind die Fragen selbst zu bearbeiten, die an den Sachverständigen gerichtet werden. Mißverständnisse, die zu unrichtigen Entscheidungen führen, kommen oft nur deshalb vor, weil beide Teile aneinander vorbeireden. Die Stelle, welche das Gutachten einfordert, verlangt vom Arzte gar nicht selten die Beantwortung von Rechtsfragen. Aus einer Strafkammersitzung, in der ich als Staatsanwalt tätig war, möchte ich ein besonders lehrreiches Vorkommnis erzählen. (Die übrigen Beteiligten sind längst verstorben.) Angeklagt war ein Metzger, der das Fleisch einer kranken Kuh verkauft hatte. Nach der damaligen Rechtsprechung galt das Fleisch eines kranken Tieres regelmäßig als verdorben im Sinne des Nahrungsmittelgesetzes, weil seine Tauglichkeit und sein Wert für die menschliche Nahrung sich durch die Krankheit des Tieres vermindert hatte. Der Vorsitzende stellte nun an den Gutachter die Frage, ob das verkaufte Fleisch verdorben gewesen sei. Der Sachverständige verneinte diese Frage ohne Zögern. Ich setzte dem Vorsitzenden auseinander, daß der Sachverständige nach den Begriffsmerkmalen der Verdorbenheit gefragt werden müsse. Hier gab der Befragte ebenso rasch zu, daß der Wert des Fleisches für die menschliche Ernährung erheblich gelitten hatte. Aber der Frage „Also war das Fleisch verdorben?“ setzte er jedesmal wiederum ein Nein entgegen, bis der Vorsitzende das ganze Frage- und Antwortspiel aufgab. Ähnliches kommt auch auf dem Gebiete der Reichsversicherung vor.

Aus einer Unfallsache erinnere ich mich, daß die Ansprüche der Witwe und der Kinder eines beim Baumfällen verunglückten Arbeiters nur deshalb abgewiesen wurden, weil der begutachtende Arzt ausgesprochen hatte, daß der Tod nicht durch den Unfall herbeigeführt worden sei. Der fallende Baumstamm hatte den Brustkorb gequetscht; dadurch wurde ein „latentes“ (verborgenes) tuberkulöses Leiden zur raschen tötlichen Entwicklung gebracht. Den mittelbaren Zusammenhang zwischen Unfall und Tod deutete der übrige Inhalt des Gutachtens an; aber der Arzt faßte die an ihn gestellte Frage nicht so auf, als ob er sich auch mit diesem mittelbaren Zusammenhange begnügen dürfe, sondern erklärte bestimmt und klar, daß die Ursache des Todes nicht der Unfall, sondern Tuberkulose sei. Und in sämtlichen drei Instanzen gelang es nicht mehr (es war dies zur Zeit des Beginns der Unfallversicherung) die Sache auf das richtige Gleis zu bringen.

Die Rechtswissenschaft und die medizinische Wissenschaft haben einen ganz verschiedenen Ausgangspunkt und eine ganz verschiedene Methode; deshalb besteht zwischen der ärztlichen Auffassung und dem

Rechtsbegriff oft ein Zwiespalt. Wir sehen das z. B. in der **Krankenversicherung**. Was der Arzt unter Krankheit versteht, unterscheidet sich von der Krankheit im Rechtssinne. Ein latentes Leiden, welches die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflußt und überhaupt noch nicht wahrnehmbar in die Erscheinung getreten ist, wird jeder Arzt, wenn es nachträglich erkannt wird, als Krankheit von Anbeginn an erachten. Rechtsfolgen kann aber ein solches Leiden erst von dem Augenblick an haben, in dem es in irgendeiner Form nach außen hin in die Erscheinung tritt. Die Frage nach dem Beginne einer Krankheit wird deshalb der Arzt oft anders beantworten als eine Spruchbehörde. Das gleiche gilt von der Frage, ob bei chronischen Krankheiten Krankheitszeiten durch einen krankheitsfreien Zwischenraum unterbrochen werden. Der Arzt ist geneigt das Vorhandensein solcher Zwischenräume nicht anzuerkennen, weil der krankhafte Zustand des Körpers fortdauert. Das Gesetz aber unterscheidet im § 188 RVO. die nicht gehobene Krankheitsursache und den neuen Versicherungsfall. Der Arzt spricht in solchen Fällen von chronischer Krankheit, die Rechtswissenschaft von einem Rückfall in die frühere Krankheit. Bei den Gesetzgebungsverhandlungen über die RVO. scheint man sich bemüht zu haben, zur Vermeidung von Mißverständnissen die chronisch Kranken als „Sieche" zu bezeichnen (Kommissionsber. II S. 77). Dieser Ausdruck hat sich aber bisher noch nicht einbürgern können. Auch die objektive Hilfsbedürftigkeit ist ein Rechtsbegriff; in ihm drückt sich der Gedanke aus, daß das Verhalten des Kranken allein nicht entscheidend sein kann. Für das Vorhandensein einer Krankheit soll der objektive Zustand des Kranken maßgebend sein; es kommt also nicht darauf an, ob der Kranke einen Arzt beizieht, sondern darauf, ob sein Zustand so ist, daß er verständigerweise einen Arzt beiziehen müßte. Die Feststellung objektiver Hilfsbedürftigkeit ist im Einzelfalle nur auf Grund bestimmter Tatsachen möglich; der Arzt ist berufen sich über diese Tatsachen zu äußern, er kann angeben, ob jemand fähig ist zu arbeiten, ob er ärztliche Behandlung oder eine Arznei nötig hat; er wird aber leicht da versagen, wenn man ihm die Frage vorlegt, ob jemand objektiv hilfsbedürftig war. Gerade in diesem Augenblicke habe ich ein ärztliches Gutachten vor mir, in dem der Arzt erklärt, daß während eines langen Zeitraumes objektive Hilfsbedürftigkeit bestanden habe; er sagt aber zugleich, daß völlige Heilung oder Gesundheit nicht eingetreten war, und fügt hinzu, daß man dem Leiden überhaupt mit Arzneimitteln nicht beikommen könne, vielmehr nur zeitweise gegen besonders lästige Teilerscheinungen vorgehen müsse, ohne die Grundkrankheit erheblich zu beeinflussen. Solche Widersprüche lassen sich am besten dadurch vermeiden, daß die Entscheidung von Rechtsfragen nicht auf den Arzt abgewälzt wird; der Arzt ist nur berufen, die medizinische Seite des Falles zu erörtern.

Die Gutachtertätigkeit der Ärzte steht auch so immer noch im Mittelpunkte des Vollzugs der Reichsversicherung. Wir alle, die wir in diesem wichtigen Zweige unseres Staatslebens arbeiten, haben seit einem Vierteljahrhundert viel gelernt. Das gilt für unsere Ärzte und Richter, für die Verwaltungsbeamten des Staates und der Körperschaften. Mögen wir aber alle danach streben gerade die Feststellung der Leistungen immer mehr zu beschleunigen und immer gründlicher zu gestalten. Suchen wir insbesondere in den ärztlichen Gutachten: **Klarheit und Wahrheit!**

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Gewährung von Kassenleistungen oder Anerkenntnis der Mitgliedschaft durch die Kasse sind ohne bindende Bedeutung.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 8. Mai 1917 (II a K 40/17).

Der Kläger wendet ein, er müsse deshalb bei der beklagten Kasse als versichert gelten, weil diese ihm bis zum 26. Dezember 1915 anstandslos Leistungen in Gestalt des Krankengeldes gewährt habe. Damit habe sie ihn als versicherungspflichtiges Mitglied der Kasse anerkannt. Der Kläger meint also, daß der Gewährung von Kassenleistungen die Bedeutung eines Anerkenntnisses der Kassenmitgliedschaft durch schlüssige Handlungen zukomme, woran der Versicherungsträger gebunden sei. Bei Beurteilung der Frage, inwieweit auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung die Versicherungsträger rechtsverbindliche Anerkenntnisse abgeben können, ist das RVA. für das Recht der Invalidenversicherung, das sich in mehrfacher Beziehung mit dem der Krankenversicherung berührt, davon ausgegangen, daß der Anspruch auf die Leistungen der Versicherungsanstalt nicht auf einem durch Entrichtung und Annahme von Beiträgen zustande gekommenen Versicherungsvertrag beruht, vielmehr kraft des Gesetzes entsteht, sobald die vom Gesetz geforderten Voraussetzungen tatsächlich gegeben sind. Einem Anerkenntnis auf dem Gebiete der Invalidenversicherung hat das RVA. mangels einer besonderen gesetzlichen Vorschrift bis zum Inkrafttreten der RVO. nur Bedeutung beigelegt, wenn die VAnstalt nach eingeleitetem Rentenfeststellungsverfahren kraft der ihr durch das Gesetz übertragenen Befugnisse als richterliches Organ über den Rentenanspruch erkannt und einen den Anspruch festsetzenden förmlichen Bescheid erteilt hatte (vgl. Rev. Entsch. 1422, Amtl. Nachr. des RVA. 1909 S. 521). Nach Entziehung der Rente war aber die VAnstalt im Falle eines neuen Rentenanspruchs nicht an die frühere Rechtsauffassung für das neue Verfahren gebunden (vgl. Rev.-Entsch. 1423, Amtl. Nachr. 1909 S. 521). Dieser Grundsatz hat im Hinblick auf die durch die RVO. für die Invalidenversicherung erlassene Vorschrift des § 1445 Abs. 2 RVO. über die Abgabe von Anerkenntnissen eine gewisse Abänderung erfahren (vgl. insbes. Rev.-Entsch. 1683, Amtl. Nachr. 1913 S. 406). Für das Gebiet der Krankenversicherung besteht aber eine dem § 1445 Abs. 2 RVO. entsprechende allgemeine Vorschrift nicht. Die Voraussetzungen der §§ 213, 315, die sich auf besondere Fälle beziehen, sind vorliegend nicht gegeben. Bei dieser Sachlage ist der Rechtszustand auf dem Gebiete der RVO. der gleiche wie auf dem Gebiete der Invalidenversicherung zur Zeit des JVG. Die sinngemäße Übertragung der oben bezeichneten Grundsätze auf das Gebiet der Krankenversicherung unterliegt keinen Bedenken. Sie muß zur Zurückweisung des erhobenen Einwandes führen. Die Gewährung oder Versagung von Leistungen der Krankenkasse durch den Versicherungsträger hat nicht die Bedeutung einer instanziellen Entscheidung. Eine solche steht im Gegensatz zu dem Recht auf dem Gebiete der Invalidenversicherung nicht dem Versicherungsträger, sondern nach § 1637 RVO. lediglich dem VAmte zu. Daher darf aus der Gewährung von Kassenleistungen durch den Vorstand einer Kasse nicht der Schluß gezogen werden, daß damit die Voraussetzungen des Anspruchs, insbesondere die Versicherungspflicht in einer die Instanzen bindenden Form außer Streit gestellt sei. (Breithaupt.)

Familienhilfe nach § 205 Ziff. 2 RVO. neben Kriegswochenhilfe.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. September 1917 (2390 Amtl. Nachr. 1917 S. 605).

Die Entscheidung in der Sache hängt davon ab, ob die Ansprüche aus § 205 Nr. 2 RVO. und aus § 3 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nebeneinander bestehen können oder ob und wieweit der eine durch den anderen oder durch dessen Erfüllung ausgeschlossen wird. Es sei dahingestellt, wieweit die §§ 5 und 8 der Bekanntmachung den Willen des Gesetzgebers, Doppelleistungen zu vermeiden, zum Ausdruck bringen. Die Leistung des § 205 Nr. 2 RVO. ist jedenfalls in diesen Bestimmungen nicht erwähnt und nicht enthalten. In dem in der Zeitschrift „Die Krankenversicherung" 1915 S. 9 erwähnten Bescheide, den das Reichsamt des Innern auf eine Anfrage des Gesamtverbandes Deutscher Krankenkassen über das Verhältnis des § 205 Nr. 2 RVO. zu der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 im Hinblick auf die Frage der Doppelleistung erteilt hat, ist allerdings gesagt, Doppelleistungen seien nicht beabsichtigt; wenn der Wortlaut der Verordnung dies nicht ausdrücklich ausspreche, so gehe es doch aus dem Zusammenhange, namentlich aus dem § 5 und dem § 8, hinreichend hervor. Dem vermochte sich jedoch das Reichsversicherungsamt nicht anzuschließen, soweit § 205 Nr. 2 RVO. in Betracht kommt. Für den im Bescheide des Reichsamts des Innern gezogenen Schluß fehlt es insoweit an einer ausreichenden Grundlage (zu vgl. Hoffmann, Die Kriegswochenhilfe in der Zeitschrift „Die Krankenversiche-

rung" 1914 S. 186 Nr. 2). Überdies kann man hier, wenigstens vom rechtlichen Gesichtspunkt aus, überhaupt nicht von Doppelleistungen sprechen; denn die Leistung aus § 205 Nr. 2 RVO. erfolgt auf Grund der Versicherung des Ehemannes und in Erfüllung eines Anspruchs des versicherten Ehemanns, die Leistung der Kriegswochenhilfe aber aus einer im Anschluß an die Reichsversicherung geregelten Fürsorge für die Ehefrau des Kriegsteilnehmers und in Erfüllung eines Anspruchs dieser Person. Auch vom Standpunkt der Krankenkasse kann man nicht von doppelter Leistung reden. Denn die Leistung auf Grund des § 3 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 wird der Kasse nach § 5 Abs. 2 Satz 1 dieser Bekanntmachung vom Reiche erstattet.

Meldepflicht des Arbeitgebers bei Verlegung einer Arbeitsstätte in den Bezirk einer anderen Kasse.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 6. Oktober 1917 (2395 Amtl. Nachr. 1915 S. 610).

Die Vorinstanzen gehen davon aus, daß eine durch Verlegung der Arbeitsstätte bedingte Änderung des Beschäftigungsorts bei unveränderter Weiterbeschäftigung der versicherungspflichtigen Personen keine die Versicherungspflicht berührende Änderung des Beschäftigungsverhältnisses darstelle. Der Senat vermochte dieser Ansicht nicht beizutreten. Die Kassenzugehörigkeit der versicherungspflichtigen Mitglieder der Ortskrankenkasse gründet sich auf eine versicherungspflichtige Beschäftigung in dem räumlich begrenzten Kassenbezirke. Wird die Beschäftigung an einen Ort außerhalb des Kassenbezirks verlegt, so entfällt, vorbehaltlich der besonderen Vorschriften des § 153 Abs. 2 ff. RVO., die Versicherungspflicht bei der bisherigen Kasse, und gleichzeitig beginnt die Versicherungspflicht bei einer anderen Kasse. Hiernach berührt die Änderung des Beschäftigungsorts nicht lediglich die Kassenzugehörigkeit, sondern auch die Versicherungspflicht. Sie ist daher nach § 317 Abs. 1 Satz 2 RVO. der Kasse zu melden. Schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes hielt die Rechtsprechung solche Änderung des Beschäftigungsorts für meldepflichtig mit der Begründung, daß unter den wesentlichen Merkmalen eines Beschäftigungsverhältnisses dem Orte, an dem es stattfindet, keine geringere Bedeutung zukomme, als den persönlichen Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 14. Mai 1907, ArbVers. 1908 S. 209). In gleichem Sinne ist die Frage auch in der Literatur für das geltende Recht mehrfach beantwortet worden (Hoffmann, Kommentar Anm. 7 zu § 317; Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. Anm. I d zu § 317 RVO.). Nur eine Entscheidung in diesem Sinne, welcher der Wortlaut des Gesetzes nicht entgegensteht, wird den praktischen Bedürfnissen gerecht. Folgt man der gegenteiligen Auffassung (Hoffmann, Zentralbl. der Reichsvers. 1916 Sp. 867), so würde ein Arbeitgeber bei jedem Ortswechsel bei unveränderter Weiterbeschäftigung seines Personals der Meldepflicht enthoben sein. Dies wäre aber mit einer ordnungsmäßigen Rechnungsführung bei den Krankenkassen unvereinbar. Hiernach konnte der Beschwerde der Kasse der Erfolg nicht versagt bleiben.

Fortdauer der Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 419 RVO.) nach dem Tode des Arbeitgebers.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Oktober 1917.

Das bei dem Polizeihauptmann W. in Berlin beschäftigte Dienstmädchen Martha Z. war von der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Berlin gemäß §§ 435, 418 RVO. von der Krankenversicherungspflicht befreit worden. Nachdem der Dienstherr am 20. November 1915 gestorben und seine Witwe am 1. März 1916 nach Berlin-Friedenau übergesiedelt war, wurde diese von der Landkrankenkasse Berlin-Friedenau zur Anmeldung des Dienstmädchens und zur Zahlung von Beiträgen an die Kasse angehalten, weil die Befreiung mit dem Tode des Antragstellers erloschen sei. Sie kam der Aufforderung unter Vorbehalt nach, erhob aber Streit vor dem Königlichen Versicherungsamt des Kreises Teltow und machte geltend, die Befreiung eines Dienstboten von der Versicherungspflicht wirke über den Tod des Arbeitgebers hinaus fort. Denn die Befreiung gelte nach § 419 a. a. O. für die Dauer des Arbeitsvertrages, und nach § 101 der Preußischen Gesindeordnung vom 8. November 1810 laufe der Arbeitsvertrag eines Dienstboten nicht mit dem Tode des Hauptes der Familie ab, vielmehr sei der Dienstbote verpflichtet, den Erben weitere Dienste zu leisten. Die Landkrankenkasse entgegnete, möge auch nach der Gesindeordnung der Dienstvertrag über den Tod des Hauptes der Familie hinaus fortdauern, so stehe doch der Annahme, daß deshalb auch die Befreiung von der Versicherungspflicht weiter bestehe, der § 418 a. a. O. entgegen. Dieser knüpfte die Befreiung untrennbar an die Person des Arbeitgebers, der den Dienstvertrag abgeschlossen habe, indem er sie von seiner Leistungsfähigkeit und davon abhängen lasse, daß er dem Dienstboten für den Fall der Erkrankung einen Rechtsanspruch auf gewisse Leistungen eingeräumt habe. Mit dem Tode des Arbeitgebers und dem Eintritt der Erben an seine Stelle ändere sich daher die Sach- und Rechtslage völlig, die die Voraussetzung für die Befreiung gebildet habe. Das müsse folgerichtig zum Erlöschen der Befreiung auch vor dem Ablauf des Arbeitsvertrages führen. Überdies erhielten die Krankenkassen in den seltensten Fällen von dem Tode des Arbeitgebers rechtzeitig Kenntnis und seien deshalb nicht in der Lage, bei dem Versicherungsamt gemäß § 419 a. a. O. die Feststellung zu beantragen, ob die Erben leistungsfähig seien. Das Versicherungsamt ist der Auffassung der Landkrankenkasse durch Vorentscheidung des Vorsitzenden vom 21. Februar 1917 beigetreten und hat dahin entschieden, daß für Martha Z. vom 1. März 1916 ab

Beiträge an die Landkrankenkasse Berlin-Friedenau zu leisten seien. Dabei hat es insbesondere auf den Unterschied zwischen den Begriffen „Herrschaft" im Sinne von § 1 der Gesindeordnung und „Dienstberechtigter" oder „Arbeitgeber" im Sinne von §§ 435 ff., 418 RVO. hingewiesen. Während unter „Herrschaft" sowohl der Dienstherr wie die Dienstherrin zu verstehen sei, sei regelmäßig „Arbeitgeber" nur der Dienstherr, auf dessen Rechnung der Lohn gezahlt werde. Demgemäß könne aus dem Fortbestehen des Dienstverhältnisses nach dem Tode des Hauptes der Familie mit dem Erben (§ 101 der Gesindeordnung) nicht ohne weiteres geschlossen werden, daß auch der von dem Haupte der Familie als Arbeitgeber abgeschlossene Arbeitsvertrag (§ 419 RVO.) fortdauere. Dieser ende vielmehr mit dem Tode des Arbeitgebers, und mit ihm erlösche auch die Befreiung von der Versicherungspflicht. Auf die hiergegen von Frau W. rechtzeitig eingelegte Beschwerde hat das Königliche Oberversicherungsamt Groß-Berlin (Beschlußkammer) durch Beschluß vom 6. Juli 1917 die Sache gemäß §§ 1799, 1693 RVO. zur Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben, da es nach § 405 Abs. 2 a. a. O. endgültig zu entscheiden hätte und es sich um die noch nicht feststehende Auslegung der §§ 418, 419 a. a. O. handle. Das Oberversicherungsamt ist der Ansicht, daß das Arbeitsverhältnis und mit ihm die Befreiung von der Versicherungspflicht zwar nicht schon mit dem Tode des Dienstherrn, wohl aber infolge der Vorschrift des § 101 der Gesindeordnung mit Ablauf der nächsten gesetzlichen Ziehzeit ende. Wenn das Vertragsverhältnis von den Erben weiterhin fortgesetzt werde, so geschehe es auf Grund einer neuen, wenn auch nur stillschweigenden Vereinbarung mit dem Dienstboten.

Das RVA. hat der Beschwerde stattgegeben und die Landkrankenkasse zur Rückzahlung verurteilt aus folgenden Gründen:

Nach § 419 RVO., der gemäß § 435 auch auf die Versicherung der Dienstboten anzuwenden ist, gilt die Befreiung von der Versicherungspflicht nur für die Dauer des Arbeitsvertrags. Es fragt sich also, ob mit dem Tode des Dienstherrn der Arbeitsvertrag ohne weiteres endet oder ob angenommen werden kann, daß er mit den Erben fortbesteht. § 101 der preuß. Gesindeordnung vom 8. November 1810 lautet: „Stirbt das Haupt der Familie, so sind die Erben nicht gehalten, das Gesinde länger als bis zur nächsten gesetzlichen Ziehzeit (§§ 42, 43, 44) zu behalten, wenn auch durch besonderen Vertrag eine längere Dienstzeit festgesetzt wäre." Hieraus ergibt sich, daß der Dienstvertrag nach dem Tode des Familienhauptes mit dem Erben an sich fortbesteht. Das entspricht auch dem Rechte nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Dieses kennt im allgemeinen ebenfalls nicht eine Endigung des Dienstvertrags durch den Tod des Dienstberechtigten (zu vgl. v. Staudinger, Kommentar zum Bürgerl. Gesetzb. Anm. 2a zu § 613). Die Gesindeordnung weicht nur insofern von dem allgemeinen bürgerlichen Recht ab, als sie den Erben des Dienstherrn ein Recht auf Abkürzung der vertragsmäßigen Dienstzeit zugesteht. Dem Gesinde ist ein solches Recht nicht gegeben. Machen die Erben von ihrem Rechte keinen Gebrauch, so ist das Gesinde an den Vertrag auch fernerhin gebunden (zu vgl. Lindenberg, das preuß. Gesinderecht Anm. 1 zu § 101 a. a. O., Jacobi, die preuß. Gesindeordnung Anm. 4 und 7 zu § 101 a. a. O.). Danach kann man nicht, wie das Oberversicherungsamt meint, annehmen, daß mit Ablauf der nächsten gesetzlichen Ziehzeit der alte Dienstvertrag erlischt und ein neuer Vertrag mit den Erben beginnt, wenn diese ihr Kündigungsrecht nicht wahrnehmen. Vielmehr ist davon auszugehen, daß der Dienstvertrag, an dem das Gesinde über den Tod des Dienstherrn hinaus gebunden bleibt, mit den Erben dauernd fortläuft, falls diese nicht zur nächsten gesetzlichen Ziehzeit kündigen. Der Ansicht des Versicherungsamts, das aus dem Unterschied zwischen dem Dienstvertrag nach der Gesindeordnung und dem Arbeitsvertrag nach der Reichsversicherungsordnung schließt, daß § 101 der Gesindeordnung hier nicht anzuwenden sei, konnte der Senat nicht beitreten. Wenn § 101 a. a. O. die Fortsetzung des Dienstvertrags nach dem Tode des Hauptes der Familie auf die Person der Witwe beschränkte, die als Dienstherrin mit unter den Begriff der „Herrschaft" im Sinne des § 1 a. a. O. fällt, so ließe sich eine solche Unterscheidung vielleicht rechtfertigen. § 101 a. a. O. spricht aber von dem Haupt der Familie, also dem Arbeitgeber, und allgemein von seinen Erben; er kann also, wenn es sich um Dienstboten handelt, bei Prüfung der Frage, ob der Arbeitsvertrag nach dem Tode des Arbeitgebers im Sinne von § 419 RVO. fortdauert, nicht ausgeschaltet werden. Übrigens wird im Hinblick auf das Recht des Bürgerl. Gesetzb. auch ohnedies angenommen werden müssen, daß der Arbeitsvertrag nicht ohne weiteres mit dem Tode des Arbeitgebers endet, sondern nach der Natur der Gesamtrechtsnachfolge von den Erben fortgesetzt wird und daß es daher keines neuen Befreiungsantrags seitens der Erben bedarf (zu vgl. auch Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 zu § 419 RVO., ArbVers. 1914 S. 727 Ziff. 10). Auch die Ausführungen der Krankenkasse erschienen nicht geeignet, eine andere Beurteilung der Rechtslage herbeizuführen. Die Befreiung gilt nach § 419 a. a. O. für die Dauer des Arbeitsvertrags. Dieser dauert mit den Erben des Dienstherrn, sofern sie von ihrem Kündigungsrechte nicht Gebrauch machen, fort. Die Erben treten, wie in dem Dienstvertrag, so auch in die vom Dienstherrn dem Dienstboten gegenüber für den Erkrankungsfall übernommene Unterstützungspflicht ein. Ein Wechsel in Person des Arbeitgebers findet gewissermaßen überhaupt nicht statt. Allerdings ist zuzugeben, daß die Leistungsfähigkeit sich in der Person der Erben als Arbeitgeber häufig wesentlich ändern kann. Für diesen Fall ist aber in § 419 Abs. 1 Satz 2 a. a. O. hinreichend Vorsorge getroffen, wonach die Befreiung vor Ablauf des Arbeitsvertrages erlischt, wenn das

Versicherungsamt von selbst oder auf Antrag eines Befreiten feststellt, daß der Arbeitgeber nicht leistungsfähig ist. Hat also die Krankenkasse wegen der Leistungsfähigkeit der Erben Bedenken, so steht ihr jederzeit frei, eine Nachprüfung durch das Versicherungsamt anzuregen. Freilich wird sie oft nicht rechtzeitig vom Tode des Arbeitgebers Kenntnis erhalten und läuft in solchen Fällen Gefahr, falls die Erben nicht leistungsfähig sind, gemäß § 422 a. a. O. an ihrer Stelle leisten zu müssen und mit dem Erstattungsanspruch leer auszugehen. Die gleiche Gefahr läuft die Kasse aber auch dann, wenn die Leistungsfähigkeit des ursprünglichen Arbeitgebers sich nach der Prüfung und Genehmigung seines Befreiungsantrags verschlechtert; denn auch das wird die Kasse regelmäßig nicht rechtzeitig erfahren. Sie ist insofern beim Tode des Arbeitgebers nicht schlechter gestellt. Der Umstand, daß in Einzelfällen sich Schwierigkeiten ergeben können, wenn eine größere Anzahl von Erben vorhanden ist, die zerstreut wohnen oder deren Aufenthalt nicht bekannt ist, vermag an der Rechtslage nichts zu ändern. Gegenüber den sonstigen Einwänden der Landkrankenkasse sei nur noch betont, daß, was hier von den Erben des Arbeitgebers gesagt ist, nicht ohne weiteres auf andere Rechtsnachfolger angewendet werden kann.

Aus § 519 Abs. 2 RVO. folgt keine Ermächtigung der Ersatzkasse zur Vertretung der Versicherungspflichtigen im Streitverfahren. — Der Antrag aus § 517 kann schon vor dem Eintritt in die Krankenkasse gestellt werden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Oktober 1917.

... In der Sache selbst war zunächst zu prüfen, ob die Ersatzkasse befugt ist, ihre Mitglieder, für welche sie die Anträge auf Ruhen der eigenen Rechte und Pflichten als Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse gestellt hat, in dem schwebenden Streitverfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. ohne besondere Vollmacht zu vertreten. Der Senat hat diese Frage verneint. Es handelt sich um einen Streit über die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen an die Zwangskasse. Das Recht zur Vertretung der Versicherten in einem solchen Verfahren ist im Gesetze der Ersatzkasse nicht verliehen. Auch aus der Begründung, dem Kommissionsbericht und den Reichstagsverhandlungen ergibt sich nichts für eine derartige Berechtigung der Ersatzkasse. Ebensowenig läßt sie sich aus dem Zwecke der Vorschrift des § 519 RVO. herleiten. Die Stellung des Antrags auf Ruhen der Mitgliederrechte und -pflichten ist von der Verfolgung der aus der Antragstellung sich ergebenden Rechte wesensverschieden. Nur von Willi K. hat die Ersatzkasse bisher eine Vollmacht zur Führung des Rechtsstreits beigebracht. Nur hinsichtlich dieses Falles konnte daher eine Entscheidung ergehen, während es in den übrigen Fällen noch einer Beibringung der Vollmacht bedarf.

Im Falle Willi K. beruft sich die Ersatzkasse mit Unrecht auf § 7 Abs. 2 der Bekanntmachung, betr. Krankenversicherung bei Ersatzkassen, vom 5. Juli 1916, welcher bestimmt, daß der Wiedereintritt der infolge Eintritts in den Heeresdienst aus ihrer Ersatzkasse Ausgeschiedenen, die nach § 1 daselbst unter den dort bezeichneten Voraussetzungen nach der Rückkehr in die Heimat auf Antrag in ihre Ersatzkasse wieder aufzunehmen sind, nicht als neuer Beitritt gilt. Das Reichsversicherungsamt hat in der grundsätzl. Entsch. 2364 (Amtl. Nachr. 1917 S. 520) bereits ausgesprochen, daß der § 7 a. a. O. keine Bedeutung für das Verhältnis der Ersatzkassenmitglieder zu den gesetzlichen Krankenkassen nach §§ 517 ff. RVO. habe.

Es muß in dem Falle K. sonach zu der Frage Stellung genommen werden, ob der Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten als Mitglied der Zwangskasse rechtsgültig gestellt war, obwohl Willi K. zur Zeit der Antragsstellung noch nicht in dem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis gestanden hat, auf welche sich der Antrag bezog. § 519 Abs. 1 RVO. schreibt vor: Will ein Versicherungspflichtiger vom Recht des § 517 Abs. 1 (Antrag auf Ruhen der eigenen Rechte und Pflichten als Mitglied der Zwangskasse) Gebrauch machen, so hat er den Antrag beim Eintritt oder spätestens am zweiten Zahltag darauf zu stellen. . . Die Worte „Versicherungspflichtiger" und „beim Eintritt" scheinen darauf anzudeuten, daß der Antrag auf Ruhen der Mitgliederrechte und -pflichten erst nach dem Beginne des die Kassenmitgliedschaft begründenden Beschäftigungsverhältnisses gestellt werden kann (so die Auskunft in „ArbVers." 1916 S. 526). Doch ist diese wörtliche Auslegung nicht zwingend. Man kann die Vorschrift des Abs. 1 des § 519 auch dahin verstehen, daß der Antrag, um vom Beginn der Mitgliedschaft bei der Zwangskasse wirken zu können, beim Eintritt in diese Kasse gestellt sein muß, und daß es nicht ausgeschlossen werden soll, ihn schon vorher anzubringen.

Für diese Auslegung sprechen überwiegende Zweckmäßigkeitsgründe. Hält man einen vor Eintritt in die Zwangskasse bei ihr eingegangenen Antrag auf Ruhen der Mitgliederrechte und -pflichten für wirkungslos, so würde, da der Antrag erst vom Tage des Eingangs bei der Zwangskasse wirkt (grundsätzl. Entsch. 2101, Amtl. Nachr. 1915 S. 688) und es dem Versicherten wie der Ersatzkasse vielfach nicht möglich sein wird, den Antrag schon am ersten Tage der Beschäftigung zu stellen, da der Versicherte in einem solchen Falle gezwungen sei, sich wenigstens für die erste Zeit doppelt zu versichren. Das wird vermieden, wenn man die Stellung des Antrags schon im Hinblick auf ein in Aussicht genommenes Beschäftigungsver-

hältnis, vor Eintritt in dieses zuläßt. Daß dadurch der Zwangskasse geschäftliche Schwierigkeiten entstehen, ist nicht anzuerkennen. Die Ortskrankenkasse hat nichts vorgebracht, was diese Annahme rechtfertigen könnte. Aus ähnlichen Erwägungen hat der Senat in der grundsätzl. Entsch. 2185 (Amtl. Nachr. 1916 S. 435) bei Anträgen auf Grund des § 520 Abs. 1 der RVO. den Nachweis des Beitritts zur Ersatzkasse auch nach Einreichung des Antrages auf Ruhen der Mitgliederrechte und -pflichten für zulässig erachtet.

Hiernach war festzustellen, daß für Willi K. der Antrag auf Ruhen der Mitgliederrechte und -pflichten bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse gemäß § 519 Abs. 2 der RVO. rechtswirksam gestellt worden ist. Die Entscheidung über die entsprechenden Anträge für . . . ., die zur Zeit wegen der noch nicht nachgebrachten Vollmacht der Genannten auf die Ersatzkasse noch nicht ergehen kann, entbehrt noch dieser Entscheidung der grundsätzlichen Bedeutung, insoweit war daher die Entscheidung dem Oberversicherungsamt zu überlassen.

B. Zur Unfallversicherung.

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der Mannschaft eines von der Marineverwaltung gecharterten Handelsschiffs.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 17. Oktober 1917 (I a 957/17).

Der bei der See-Berufsgenossenschaft versicherte Dampfer . . . XII war als Beischiff von der Marineverwaltung gechartert. Er führte als solches die Handelsflagge. Am 5. Juni 1915 war der Dampfer im Begriffe, Kohlen an Schiffe der Marine abzugeben. Dabei wurde er von einem feindlichen Torpedo getroffen und in den Grund gebohrt. Der Heizer Ferdinand W. kam hierbei ums Leben. Er hat einen Sohn hinterlassen, der am 4. September 1916 im Alter von 13 Jahren gestorben ist. — Die See-Berufsgenossenschaft, bei der der Unfall gemeldet wurde, hat unter Beobachtung der §§ 1735, 1736 RVO. die Entscheidung des Reichsversicherungsamts darüber angerufen, welcher Versicherungsträger entschädigungspflichtig sei. Nach ihrer Ansicht ist der Marinefiskus zur Leistung der Entschädigung berufen, weil der Unfall im engsten Zusammenhange mit kriegerischen Ereignissen eingetreten sei. Denn der Dampfer sei zur Zeit des Unfalls dazu verwendet worden, Kriegsschiffen, die in unmittelbarer Fühlung mit dem Feinde waren, Kohlen zuzuführen und zwar in Gewässern, die be- fiskus hat dem gegenüber ausgeführt, die Haftung der See-Berufsgenossenschaft werde nicht schon dadurch ausgeschlossen, daß der Unfall in besonders gefährdeten Gewässern oder im Zusammenhange mit kriegerischen Ereignissen stattfinde. Fühlung mit dem Feinde habe nicht bestanden; bei Fühlung mit dem Feinde nähmen die Kriegsschiffe keine Kohlen auf. Das Reichsversicherungsamt hat die See-Berufsgenossenschaft für entschädigungspflichtig erklärt aus folgenden Gründen:

Die Entscheidung über den zur Entschädigung der Hinterbliebenen W. zuständigen Versicherungsträger hängt davon ab, welchem Betriebe die Tätigkeit des von dem Unfalle Betroffenen zuzurechnen ist. Im vorliegenden Falle war daher zu ermitteln, welchem Betriebe die Mannschaft des gesunkenen Dampfers sonders gefährdet gewesen seien. — Der Marine- . . . XII zur Zeit des Unfalls angehörte. Der Dampfer war von seinem der See-Berufsgenossenschaft angehörenden Eigentümer als Beischiff an die Marineverwaltung verchartert worden. Er hörte hierdurch, wie auch von keiner Seite bestritten wird, nicht auf, einen Teil des Betriebes des Reeders zu bilden, der nach wie vor als Unternehmer der Fahrten des Dampfers anzusehen war. An diesem Rechtsverhältnis wurde solange nichts geändert, als das Schiff dem Chartervertrage entsprechend verwendet wurde. Denn innerhalb dieses Rahmens beruhte seine Verwendung auf dem durch den Chartervertrag kundgegebenen Willen des Unternehmers. Daher ist es in dieser Hinsicht auch ohne Bedeutung, daß das Schiff den Gefahren des Krieges ausgesetzt wurde. Denn es diesen Gefahren auszusetzen, war der beiderseitige Wille bei der Vercharterung. Erst dann kann von einem Übertritt von Schiff und Besatzung in den Marinebetrieb gesprochen werden, wenn die Marine das Schiff zu anderen als den vereinbarten Zwecken verwendet und über den Chartervertrag hinaus Schiff und Besatzung unter ihre Kommandogewalt nimmt und so unter Ausschaltung des Unternehmers sich selbst die alleinige Verfügung über Schiff und Mannschaft aneignet (zu vgl. Rekursentsch. 2957 Amtl. Nachr. 1917 S. 489). Derartige Umstände, die einen Übergang in den Betrieb der Marineverwaltung begründen könnten, sind aber im vorliegenden Falle nicht gegeben. Die Besatzung ist daher als im Betriebe des Reeders verblieben anzusehen. Hiernach ist die See-Berufsgenossenschaft verpflichtet, die aus dem Unfalle vom 5. Juni 1915 sich ergebende Entschädigungslast zu tragen.

Feststellung der Hinterbliebenenrente für die Erstberechtigten hindert den Ausschluß auch für die Zweitberechtigten.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 3. Februar 1917 (2971 Amtl. Nachr. 1917 S. 588).

Aus Anlaß des tötlichen Unfalls eines Arbeiters vom 3. März 1908 bezogen seine Witwe und seine

drei Kinder die Hinterbliebenenrenten. Der Höchstbetrag dieser Renten, drei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes, wurde, nachdem die Witwe sich im Jahre 1911 wieder verheiratet hatte und dadurch ihre Rente weggefallen war, durch die Kinder voll in Anspruch genommen. Am 19. Februar 1914 vollendete das älteste der Kinder das 15. Lebensjahr, so daß nur noch den beiden anderen Kindern Renten zu je einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes zu gewähren waren. Mit Schreiben vom 18., bei der Berufsgenossenschaft eingegangen am 20. Dezember 1915, beantragte die Mutter des Getöteten die Gewährung der Hinterbliebenenrente nach § 593 RVO. Die Berufsgenossenschaft lehnte den Anspruch ab, da er infolge Ablaufs der Anmeldefrist ausgeschlossen sei. Die Berufung der Klägerin wurde aus demselben Grunde zurückgewiesen. Auf den Rekurs der Klägerin hat das Reichsversicherungsamt die Berufsgenossenschaft zur Gewährung der Hinterbliebenenrente an die Mutter des Getöteten verurteilt. Aus den Gründen:

Die Auffassung der Vorinstanzen, daß der Anspruch der Klägerin wegen Ablaufs der Anmeldefrist ausgeschlossen sei, findet in den gesetzlichen Vorschriften keine Grundlage. Es handelt sich hinsichtlich der Witwen- und Kinderrente aus § 16 GewUnfVersGes. (§ 588 RVO.) und der Rente für Verwandte der aufsteigenden Linie (§ 18 des GewUnfVersGes., § 593 RVO.) nicht um zwei gesonderte Arten von Ansprüchen in dem Sinne, daß der Ausschluß hinsichtlich jeder dieser beiden Rentenansprüche gesondert eintreten könnte, wie dies z. B. — allerdings mit den sich aus § 92 GewUnfVersGes. und § 1548 RVO. ergebenden Vorbehalten — bei der Verletztenrente und der Hinterbliebenenrente der Fall ist. Sowohl die Witwen- und Kinderrente wie die Rente der Verwandten aufsteigender Linie sind vielmehr „Hinterbliebenenrenten", wie sie ja auch im § 20 GewUnfVersGes. und § 595 RVO. unter der Bezeichnung „Renten der Hinterbliebenen" zusammenfassend genannt werden. Die einmal erfolgte Feststellung der Entschädigung für die in erster Linie Berechtigten (§ 20 GewUnfVersGes., § 595 RVO.), also die Witwe und die Kinder, hindert den Ausschluß des Anspruchs auch für die erst in zweiter Linie berechtigte Mutter des Getöteten. Ein Ausschluß wegen Ablaufs der Anmeldefrist auf Grund der von der Berufsgenossenschaft und dem Oberversicherungsamt angeführten Gesetzesvorschriften (§ 72 GewUnfVersGes., § 1546 RVO.) konnte also nicht mehr eintreten.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Gewährung von Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente aus der Invalidenversicherung.

Vom 3. Januar 1918 (RGBl. S. 7).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Empfängern einer Invalidenrente gemäß § 9 Abs. 2, § 10 des Gesetzes, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 (RGBl. S. 97), § 15 Abs. 2, § 16 des Invalidenversicherungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1899 (RGBl. S. 463), sowie Empfängern einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente gemäß §§ 1255, 1258, 1260 der RVO. wird, wenn sie sich im Inland aufhalten, für die Zeit bis zum 31. Dezember 1918 eine Zulage zu ihrer Rente gewährt.

§ 2. — Die Zulage beträgt für Empfänger einer Invalidenrente monatlich 8 ℳ, für Empfänger einer Witwen- oder Witwerrente monatlich 4 ℳ und wird im voraus gezahlt.

§ 3. — Die Zulage wird in vollem Betrage gezahlt, auch wenn der Empfänger nur einen Bruchteil der Rente erhält.

§ 4. — Die Zulage fällt weg, wenn der Anspruch auf die Rente zum vollen Betrage ruht oder wegfällt.

§ 5. — Die Zulage wird nur für volle Kalendermonate des Rentenbezugs gewährt.

§ 6. — Nicht abgehobene Zulagen werden nur bis zum 30. Juni 1919 nachgezahlt.

§ 7. — Die Zulage wird dem Berechtigten ohne besondere Anweisung des Versicherungsträgers vorschußweise durch diejenige Zahlstelle der Post, welche dem Empfänger bezeichnet ist, gegen Quittung ausgezahlt.

Den Sonderanstalten, die ihre Zahlungen ohne Vermittlung der Postanstalten selbst leisten, überweist das Reich einen Vorschuß, der dem Betrag entspricht, den die Sonderanstalt voraussichtlich an Zulagen zu zahlen hat. Der Vorschuß wird in monatlichen Teilbeträgen der Sonderanstalt überwiesen.

§ 8. — Jede Person, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen, ist befugt, die bei den Zahlungen erforderlichen Bescheinigungen zu beglaubigen.

§ 9. — Die obersten Postbehörden und die ohne Vermittlung der Postanstalten zahlenden Sonderanstalten teilen der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts binnen acht Wochen nach dem 31. Dezember 1918 mit, welchen Gesamtbetrag an Zulagen sie ausgezahlt haben.

Die bis zum 31. Dezember 1918 nicht abgehobenen, bis zum 30. Juni 1919 gezahlten Zulagen

sind bei der Mitteilung der im Jahre 1919 auf Anweisung der Versicherungsträger gezahlten Beträge anzugeben.

§ 10. — Die Rechnungsstelle verteilt die vorgeschossenen Zulagen auf die Versicherungsträger nach Maßgabe des am 31. Dezember 1918 vorhandenen für die Gemeinlast bestimmten Teiles ihres Vermögens.

Gegen die Verteilung ist die Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zulässig.

§ 11. — Die Rechnungsstelle teilt dem Reichskanzler (Reichswirtschaftsamt) mit, welche Beträge die einzelnen Versicherungsträger zu erstatten haben.

§ 12. — Die Versicherungsträger erstatten ihren Anteil an den Zahlungen mit je einem Zehntel in den zehn auf das Jahr 1918 folgenden Jahren zugleich mit den Zahlungen aus Versicherungsleistungen. Die §§ 1408, 1410 der RVO. gelten entsprechend.

§ 13. — Das Reichsversicherungsamt trifft die erforderlichen Bestimmungen zur Durchführung dieser Verordnung und über das Verfahren.

§ 14. — Diese Verordnung tritt mit dem 1. Februar 1918 in Kraft.

Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts zur vorstehenden Bekanntmachung.

Vom 5. Januar 1918 (Deutscher Reichsanz. v. 7. 1. 18).

§ 1. — Die Zulage in Höhe von 8 *M* wird Empfängern einer Invaliden- oder Krankenrente, die Zulage in Höhe von 4 *M* Empfängern einer Witwen- (Witwer-) oder Witwenkrankenrente vom 1. Februar 1918 ab gewährt, wenn sie sich im Inlande aufhalten.

Den in § 120 Abs. 2 Satz 2, § 1276 Abs. 1 Satz 2, §§ 1277, 1531, 1536, 1541, 1544 der RVO. bezeichneten Gemeinden, Armenverbänden, Versicherungsträgern usw. wird die Zulage nicht gewährt. In diesen Fällen ist von ihnen auf die Rentenquittung der Vermerk zu setzen: Zulage nicht zahlbar.

§ 2. — Die Zulage wird monatlich im voraus gezahlt. Bei gleichzeitiger Auszahlung für mehrere Kalendermonate ist für jeden Monat eine besondere Zulagequittung erforderlich.

§ 3. — Für die Zahlungen durch die Post werden die nachstehend aufgeführten Muster J 6, K 6, W 6, WK 6 für die Zulagequittungen vorgeschrieben.*) Die Vordrucke für Zulagequittungen sind in der halben Größe der Vordrucke für Rentenquittungen (§ 19 der Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts über die auf Grund der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu leistenden Zahlungen vom 7. Dezember 1911 — Amtliche Nachrichten des RVA. 1912 S. 347 ff. — herzustellen, und zwar die Quittungen über 8 *M* in der Breite der Rentenquittungsvordrucke, die Quittungen über 4 *M* in der Höhe der Rentenquittungsvordrucke.

*) Vom Abdruck der Muster wird hier abgesehen.

Trägt die Zulagequittung eine andere Nummer der Versicherungsanstalt als die Rentenquittung, so ist die unzutreffende Nummer handschriftlich zu berichtigen.

Zur Beglaubigung der Unterschrift genügt die Beidrückung des Dienstsiegels einer zur Führung eines solchen berechtigten Person.

§ 4. — Die Versicherungsanstalten senden die Vordrucke für die Zulagequittungen (§ 3) für sämtliche in ihrem Bezirke wohnenden Rentenempfänger, welche die Zulage durch die Post gezahlt erhalten, an die unteren Verwaltungsbehörden ihres Bezirks. Diese verteilen die Vordrucke auf von ihnen zu bestimmende Stellen (Gemeindebehörden, Ortspolizeibehörden, Polizeireviere oder andere Stellen), bei denen die Rentenempfänger die Vordrucke in Empfang nehmen. Die unteren Verwaltungsbehörden machen die Stellen öffentlich bekannt. In der Veröffentlichung ist darauf hinzuweisen, daß die Zulagen nicht auch an die Empfänger von Alters- oder Waisenrenten gezahlt werden.

§ 5. — Bei Festsetzung einer Invaliden-, Kranken-, Witwen- (Witwer-) oder Witwenkrankenrente ist der Rentenempfänger unter Anschluß von Zulagequittungen darauf hinzuweisen, daß ihm außer dem im Bescheid angegebenen Rentenbetrage für jeden vollen Bezugsmonat die Zulage zur Rente in Höhe von 8 oder 4 *M* monatlich gegen Vorlegung der unterschriftlich vollzogenen und beglaubigten Zulagequittung von der Postanstalt, bei der er den Rentenbetrag abhebt, gezahlt wird.

Wird ein Rentenbetrag für Zeiträume gezahlt, für die der Rentenempfänger die Rente nicht gegen einzelne Monatsquittungen erhebt (z. B. bei Spitzrenten), so sind ihm die in solche Zeiträume fallenden Monate, für die ihm Zulagen zustehen, besonders anzugeben. In der Zahlungsanweisung an die Post ist in solchen Fällen zu vermerken, daß und für welchen von der einmaligen Zahlung umfaßten Zeitraum die Zulage zu zahlen ist. Dies findet sinngemäß Anwendung bei der Anweisung einer Invalidenrente, die an Stelle einer Altersrente tritt.

Der Rentenempfänger ist darauf hinzuweisen, daß für jeden Kalendermonat eine besondere Zulagequittung erforderlich ist, und zwar auch dann, wenn er, wie z. B. bei der ersten Rentenzahlung, die Zulage für mehrere Monate erhebt.

§ 6. — Soweit Sonderanstalten die Rente ohne Vermittlung der Post zahlen, regeln sie die Zahlung der Zulage in einer der Rentenzahlung entsprechenden Form.

§ 7. — Streitigkeiten wegen der Rentenzulage entscheidet die Aufsichtsbehörde des Versicherungsträgers.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Eine Denkschrift über die Angliederung der Angestelltenversicherung an die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung

hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bearbeitet. Sie geht von den in unserer Zeitschrift (vgl. die Hinweise im Jahrg. 1917 Heft 36 S. 809) wiederholt erwähnten Schriften und Vorschlägen zur Beseitigung der Sonderversicherung der Privatangestellten aus, tritt ihnen entgegen und bemängelt vor allem, daß sie den Gesetzesmaterialien nicht die genügende Beachtung schenken und auch die bisher ver-

öffentlichten Erfahrungen der Reichsversicherungsanstalt überhaupt nicht in den Kreis ihrer Betrachtungen und Schlußfolgerungen gezogen haben. Von dem grundlegenden Vorschlage, die Reichsversicherungsanstalt aufzuheben und ihre Aufgaben bezirksweise auf die Träger der Invalidenversicherung zu übertragen, wird gesagt, daß er zweifellos zu einer wesentlichen Verschlechterung der Ruhegeld- und Hinterbliebenenversicherung der Angestellten führen und dem Reich eine nicht unerhebliche Mehrbelastung aus Reichszuschüssen bringen würde, wogegen ernste politische und finanzielle Bedenken bestünden. Gegen den weiteren Vorschlag, bei den Landesversicherungsanstalten besondere Abteilungen für die Angestelltenversicherung mit gesonderter Vermögensverwaltung nach dem Vorbilde der Zweiganstalten bei den Berufsgenossenschaften zu bilden, bestünden Bedenken, die schon in der Begründung des Entwurfs des Angest.-Vers.-Ges. klargelegt und inzwischen durch die Erfahrungen erheblich verstärkt worden seien. Weiter werden die Angriffe gegen die Höhe der Verwaltungskosten der Reichsversicherungsanstalt als unberechtigt zurückgewiesen und schließlich die Vorschläge der Neuregelung in zwei Gruppen — I Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (durch Anfügung neuer Lohnklassen) und II Errichtung je einer besonderen Abteilung bei den Trägern der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung — zusammengefaßt und, in eingehender näherer Erörterung, als unannehmbar dargestellt.

Die Denkschrift geht von der in erster Reihe zur Vertretung der Versicherungsinteressen der Angestellten berufenen Amtsstelle aus, die in dieser Eigenschaft und auch sonst, wegen des gegen ihr Bestehen gerichteten Angriffs, als am Streite beteiligt erscheint; aber es wäre ungerecht, die Schrift deshalb als eine Parteischrift anzusehen und zu werten. Überdies hätten doch auch sachliche und ruhige Darlegungen einer Partei Anspruch auf vorurteilsfreie, sachliche und ruhige Prüfung. So ist die Denkschrift als ein besonders wertvoller Beitrag zur Klärung der Frage aufzunehmen und zu begrüßen. und es wird sich nur darum handeln, ob ihre Darlegungen, insbesondere das beigebrachte umfangreiche Zahlenmaterial und die daran geknüpften Erwägungen und Schlußfolgerungen einer unvoreingenommenen kritischen Prüfung ihrer Richtigkeit und ihres Beweiswertes standhalten. Wir glauben in Aussicht stellen zu können. daß die Schrift eine solche Berücksichtigung und Würdigung noch in unserer Zeitschrift finden wird.

Beginn der Rentenzahlung in der Angestelltenversicherung.

Der 1. Januar 1918 ist ein wichtiger Tag in der Angestelltenversicherung im Hinblick auf die Vorschriften des Gesetzes über die Wartezeit in §§ 21, 48, 395 ff. Danach haben mit dem 1. Januar 1918 die weiblichen Angestellten, welche seit Inkrafttreten des Versicherungsgesetzes für Angestellte (1. Januar 1913) dauernd versichert sind, die gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit von 60 Beitragsmonaten erfüllt und damit Anspruch auf Rente erworben, falls sie berufsunfähig werden oder das 65. Lebensjahr erreichen. Auch für die Hinterbliebenenrenten beginnt mit dem 1. Januar 1918 auf Grund einer Übergangsbestimmung ein Anspruch der Witwen und Waisen von Versicherten. Nach § 396 des Gesetzes genügt in den ersten 10 Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes für die Hinterbliebenenversicherung eine Wartezeit von 60 Beitragsmonaten, während später die Wartezeit wie bei den männlichen Versicherten 120 Beitragsmonate beträgt. Diese Übergangsbestimmung ist besonders wichtig für die Witwen von Kriegsteilnehmern, die seit dem 1. Januar 1913 versichert waren und denen die Zeiten des Heeresdienstes als volle Beitragsmonate in derselben Beitragshöhe, die sie vor der Einziehung zum Heeresdienst geleistet hatten, angerechnet werden.

Zur Bek. v. 22. Nov. 1917 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges

teilen wir, unter Hinweis auf den Text im Jahrg. 1917 Heft 36 S. 817 und die Erläuterungen von Jaeger im Heft 1 S. 1 ff., noch folgende amtliche Begründung mit:

Die durch den Krieg und seine lange Dauer bewirkte starke Verschiebung des Geldwertes tritt auch auf dem Gebiete der Krankenversicherung nach verschiedener Richtung fühlbar zutage. Während einerseits auf zahlreichen Erwerbsgebieten die Arbeitslöhne erheblich gestiegen sind, erschwert es andererseits das Anwachsen der Preise für alle Lebensbedürfnisse den erkrankten Versicherten vielfach, mit den ihnen aus der Krankenversicherung zufließenden Geldleistungen in der bisherigen Weise auszukommen.

Wenn dabei zunächst darauf hingewiesen wird, daß die nach der RVO. für die Pflicht und die Berechtigung zum Eintritt in die Krankenversicherung und zum Verbleiben darin vorgeschriebenen Höchstgrenzen des Einkommens heraufgesetzt werden müßten, da auch in Rücksicht auf das Versicherungsbedürfnis ein zahlenmäßig gleich hohes Einkommen bei weitem nicht mehr dieselbe Bedeutung habe wie vor dem Kriege, so kann dieser Grund an sich als richtig zugegeben werden. Allein eine solche Heraufsetzung würde, zumal da das Steigen der Löhne keineswegs überall und gleichmäßig vor sich gegangen ist, große Kreise bisher unversicherter Personen neu in die Krankenversicherung einbeziehen und mit dieser Erweiterung des Mitgliederkreises eine grundsätzliche Änderung im Aufbau unserer Krankenversicherung herbeiführen. Zunächst müßte für Eingriffe dieser Art nicht der Weg der Bundesratsverordnung, sondern der des Gesetzes gewählt werden, abgesehen aber hiervon spricht dagegen namentlich der Umstand, daß sich eine einmal durchgeführte Einbeziehung in die Versicherung später unter geänderten Verhältnissen schwer wieder rückgängig machen ließe, während sich über die endgültige Gestaltung der Geld- und Preisverhältnisse nach dem Kriege zur Zeit noch kein annähernd sicheres Urteil gewinnen läßt. Als sehr gewichtiger Grund tritt hinzu die notwendige Rücksichtnahme auf das Verhältnis zwischen den Arzt- und den Kassenvereinigungen. Dieses würde durch jeden Versuch einer Ausdehnung des Versichertenkreises wegen der damit verbundenen weiteren Einengung des den Ärzten verbleibenden freien Betätigungsgebiets unvermeidlich eine äußerst scharfe Zuspitzung erfahren, die jedenfalls während der Fortdauer des Krieges unter allen Umständen vermieden werden sollte. Muß deshalb diese Frage einer etwaigen Neuprüfung in späterer Zeit vorbehalten bleiben, so dürfte doch sehr wohl die Möglichkeit gegeben sein, jenen veränderten Verhältnissen nach anderer Richtung hin schon jetzt Rechnung zu tragen. Dies gilt einmal für den zulässigen Höchstsatz des Grundlohns und sodann für die Bemessung des Kranken- und Wochengeldes durch die Kassensatzung. Die in dieser Beziehung vorgeschlagenen Änderungen sind Gegen-

stand einer Besprechung mit Vertretern der großen Kassenverbände gewesen. Gleichzeitig soll ein kleiner Mißstand auf dem Gebiete der Wochenhilfe beseitigt werden.

Zu § 1: Als Grundlohn, nach dem die baren Leistungen der Kassen sowie die Beiträge zu bemessen sind, bestimmt die RVO. entweder den durchschnittlichen Tagesentgelt oder den wirklichen Arbeitsverdienst der Mitglieder. Der erstere soll dabei aber nur soweit berücksichtigt werden, als er 5 *M* oder, sofern ihn die Satzung nach der verschiedenen Lohnstufe der Mitglieder stufenweise festsetzt, 6 *M* nicht übersteigt. Der letztere Höchstsatz gilt auch für den wirklichen Arbeitsverdienst. Obwohl diese Sätze gegen die früher geltenden bereits eine erst durch die RVO. eingeführte Erhöhung um je 1 *M* aufweisen, stehen sie doch zu den augenblicklich üblichen Lohnbedingungen in einem starken Mißverhältnisse. Löhne von 10 *M*, 15 *M* und mehr täglich sind auch bei Arbeitern durchaus nicht selten. Es liegt auf der Hand, daß es Versicherte mit solchen Einnahmen als schwere Härte empfinden müssen, wenn sie als Ersatz dafür im Krankheitsfalle auf Bezügle von 2,50 *M* und 3 *M* angewiesen sind, dies um so mehr, als die Kaufkraft dieser letzteren Beträge gegenüber der Friedenszeit so beträchtlich gesunken ist. Eine nennenswerte Hinaufsetzung des zulässigen Höchstsatzes ist deshalb am Platze. Der Unterschied zwischen Lohn und Krankengeld bleibt dabei immer noch so groß, daß kein Anreiz zu allzu leichter und häufiger Krankmeldung geboten werden dürfte. Die hochgelohnten Arbeiter werden in der Aussicht auf höhere Krankenbezüge die höheren Beiträge bereitwillig zahlen. Den Arbeitgeber trifft dadurch freilich eine Mehrbelastung, der kein Ausgleich gegenübersteht. Indessen pflegt gerade in den Erwerbszweigen, in denen erhöhte Löhne bezahlt werden, jetzt auch der Gewinn entsprechend reichlich zu sein, so daß den Arbeitgebern keine unbillige Belastung zugemutet wird. Den Krankenkassen aber erwächst aus der Maßnahme ein geldlicher Vorteil, denn nur ein Teil ihrer Ausgaben, die baren Unterstützungen, steigt im gleichen Verhältnis wie diese Einnahmen aus Beiträgen, während die Ausgaben für Sachleistungen und für die Verwaltung dabei unberührt bleiben. Diese wirtschaftliche Stärkung der Krankenkassen kann aber nur willkommen geheißen werden, sie erweitert für die Kassen die Möglichkeit, ihren Mitgliedern gewisse, während der Kriegsdauer besonders angebrachte Mehrleistungen zu bieten und erhöht ihre Widerstandskraft gegenüber der ihnen nach Kriegsende aller Voraussicht nach bevorstehenden starken Anspannung. Endlich spielt sich diese Verbesserung nur innerhalb des den Kassen nach geltendem Rechte schon zugehörigen Mitgliederbestandes ab und berührt daher nicht die Interessen der Ärzteschaft, die mithin keinen Anlaß hat, dieser Maßnahme zu widerstreben. — Die Erhöhung auf 10 *M* für den wirklichen Arbeitsverdienst gilt auch für den Bereich der Bekanntmachung, betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland vom 14. 12. 16 (RGBl. S. 1383), was mit Rücksicht auf den Wortlaut ihres § 4 ausdrücklich bestimmt wird.

Zu § 2: Das Gesetz, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. 8. 14 (RGBl. S. 337) hat für alle Krankenkassen gleichmäßig die Beiträge auf 4½ v. H. des Grundlohns festgesetzt. Damit sollte nicht nur den Krankenkassen ein bestimmtes Maß von Beiträgen gesichert, sondern zugleich den Arbeitgebern und Versicherten zur Schonung ihrer durch den Krieg voraussichtlich sehr betroffenen Leistungsfähigkeit ein Höchstmaß ihrer Inanspruchnahme für Leistungen an die Kasse gewährleistet werden. Die Besorgnisse wegen der wirtschaftlichen Entwicklung, die dieser Maßregel zugrunde lagen, haben sich zum Glück als nicht begründet erwiesen; die geldlichen Grundlagen des Krankenkassenwesens sind bisher durchaus gesund geblieben, und auch die allgemeinen Erwerbsverhältnisse haben sich so günstig gestaltet, daß vielfach eine stärkere Inanspruchnahme für Beitragszwecke nicht als unbillige Härte empfunden werden wird. Nun hat das genannte Gesetz den einzelnen Kassen zwar für den Fall eines andauernd günstigen geldlichen Standes die Möglichkeit an die Hand gegeben, ihre Mehrleistungen wieder aufzunehmen oder geringere Beiträge zu erheben. Dagegen gestattet es ihnen nicht, über das vorgeschriebene Beitragsmaß hinaus zu gehen. Diese Beschränkung wird von vielen Kassen als lästig empfunden, denn sie werden dadurch gehindert, gewisse Mehrleistungen für ihre Mitglieder wieder- oder neueinzuführen, die ihnen unter besonderen Umständen der Kriegszeit wichtig und dringlich erscheinen. Dieses gesetzliche Hindernis wirkt auch da, wo sowohl die Arbeitgeber- als auch die Versichertenvertreter in den Kassenvertretungen bereit sind, die dadurch bedingte höhere Beitragsleistung zu beschließen. Nach Lage der Verhältnisse besteht kein ausreichender Grund, jetzt noch an jener ausnahmsweisen Beschränkung festzuhalten. Vielmehr erscheint es unbedenklich, zur Regel des § 388 der RVO. zurückzukehren, wonach über 4½ v. H. der Beiträge bis zu 6 v. H. erhoben werden kann, wenn es von den Vertretern beider Gruppen im Kassenausschuß übereinstimmend beschlossen wird. Wie bei jeder Satzungsänderung ist die Genehmigung des Oberversicherungsamts erforderlich. Voraussetzung ist nur, daß die Vermögenslage der Kasse nicht eine so ungünstige ist, daß mit 4½ v. H nicht die Regelleistungen und Verwaltungskosten gedeckt werden können, in welchem Falle es bei der Vorschrift des § 2 des angezogenen Notgesetzes bewendet. Die zugelassene Beitragserhöhung wird demnach auch nur dem Zwecke von Mehrleistungen zu dienen haben. Aus der Fassung der Bestimmung geht hervor, daß auf diesem Wege nicht nur Mehrleistungen, die bereits vor dem Kriege bestanden haben, wieder eingeführt, sondern auch neue Mehrleistungen beschlossen werden können.

Zu § 3: Die Krankenkassen müssen jetzt ihre Barleistungen durchweg im gleichen Verhältnis mit der Höhe der Beiträge abstufen. Dies ist, rein versicherungsrechtlich betrachtet, richtig, läßt aber den sozialen Zweck der Krankenversicherung nicht durchweg voll zur Geltung gelangen. Dies macht sich infolge der gegenwärtigen Kriegsteuerung namentlich beim Krankengelde bemerkbar. Das Krankengeld ist dazu bestimmt, dem Versicherten den infolge der Erkrankung ausfallenden Arbeitsverdienst teilweise zu ersetzen und dient tatsächlich gleich diesem nicht nur dem Unterhalte des Kranken selbst, sondern auch dem seiner Angehörigen. Nun richtet sich zwar auch die Höhe des Lohnes nicht nach der Zahl der Angehörigen; es liegt aber auf der Hand, daß diese bei einer wesentlichen Herabminderung der Einnahme, also beim Bezuge von Krankengeld an Stelle des Lohnes, besonders empfindlich ins Gewicht fallen muß. Ein gewisser, nicht unbilliger Ausgleich kann dadurch geschaffen werden, daß eine Abstufung des Krankengeldes nach der Zahl der Angehörigen zugelassen wird, die davon unterhalten werden müssen. Die Bestimmung darüber, daß und wie dies geschehen soll, kann der Satzung der einzelnen Kasse überlassen bleiben. Das Erfordernis einer Zustimmung des Oberversicherungsamts soll hier,

wie bei den übrigen in diesen Bestimmungen vorgeschlagenen Maßregeln, die Gewähr bieten, daß dabei das richtige Maß gehalten werde. Eine demgemäß für das Krankengeld getroffene Satzungsbestimmung berührt ohne weiteres auch das Hausgeld, und, vorbehaltlich der Vorschrift der Nr. 3 dieses Paragraphen, auch das Wochengeld, da sich deren Betrag gemäß §§ 186, 195 der RVO. nach dem des Krankengeldes richtet.

Auf ähnlicher Erwägung beruht die Bestimmung, wonach feste Zuschläge zum Krankengelde zugelassen werden, deren Betrag unabhängig von der Beitragshöhe ist. Bei manchen Kassen reicht das Krankengeld in den höheren Mitgliederklassen und Lohnstufen aus, während die Erkrankten der unteren Klassen und Stufen damit bei der jetzigen Teuerung nicht auskommen. Zuschläge in Hundertsteln des Grundlohns bringen meist bei den bedürftigen Klassen und Stufen eine unzureichende Erhöhung, während die gleichzeitige Heraufsetzung bei den oberen Klassen über den notwendigen Bedarf hinausgeht. Dieser Nachteil fällt bei festen Zuschlägen, beispielsweise von 2 M für die Woche, weg. Dabei steht es der Satzung frei, den Zuschlag nur für die unteren Stufen zu bewilligen, auch ihn nach unten zu erhöhen, so daß z. B. wöchentlich 2 M auf die untersten 1,50 M auf die vor- und 1 M auf die drittletzte Stufe kommen. Daß auf diese Weise nicht der Betrag des Krankengeldes für eine Stufe insgesamt höher werden darf als derjenige für eine höhere Stufe, kann als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

Die hohe Bedeutung der Wochenhilfe für Mutter und Kind ist während dieser Kriegszeit besonders klar zutage getreten. Es empfahl sich daher, den Kassen zu gestatten, das Wochengeld, das bis jetzt nach gesetzlicher Vorschrift dem Krankengelde gleich sein mußte, auch höher als das Krankengeld zu bemessen. Diese Möglichkeit wird den Kassen namentlich auch deshalb erwünscht sein, weil das aus Reichsmitteln gewährte Wochengeld neuerdings durch die Bekanntmachung vom 6. 6. 17 (RGBl. S. 477) eine Erhöhung erfahren hat, die den Wöchnerinnen nicht zugute kommt, die die Wochenhilfe nach § 8 der Bekanntmachung vom 3. 12. 14 (RGBl. S. 492) beziehen.

In allen vorbezeichneten Fällen soll übrigens die Höchstgrenze, die im § 191 Abs. 1 der RVO. für das als Mehrleistung zulässige erhöhte Krankengeld vorgesehen ist, nicht überschritten werden. Nähert sich der Betrag des Krankengeldes allzu sehr dem des Arbeitsverdienstes selbst, so wird damit die Gefahr häufiger Simulation gegeben.

Zu § 4: Der § 3 der Bekanntmachung vom 23. 4. 15 (RGBl. S. 257) machte den Bezug der Wochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers davon abhängig, daß für dieses Kind Unterstützung auf Grund des § 2 Abs. 1 c des Gesetzes vom 28. 2. 88 in der Fassung des Gesetzes vom 4. 8. 14 gewährt wird. Maßgebend dafür war der Wunsch, ein möglichst einfaches Beweismittel für die Vaterschaft eines Kriegsteilnehmers und zugleich für die Bedürftigkeit der Mutter zu gewinnen. Die Bekanntmachung vom 1. 3. 17 (RGBl. S. 200) hat für die unehelichen Kinder von Kapitulanten an dem Erfordernisse dieses Beweismittels nicht festhalten können, da die Kapitulanten nicht zu den Personen gehören, deren Angehörigen Unterstützung auf Grund des vorgenannten Gesetzes zusteht. Auch sonst gibt es Fälle, in denen trotz des Vorliegens der Voraussetzungen für die Wochenhilfe jenes Beweismittel versagt, z. B. bei Totgeburten oder wenn der uneheliche Vater vor der Geburt des Kindes aus dem Kriegsdienste ausgeschieden, an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit aber durch Krankheit verhindert ist. In solchen Fällen ist zwar vielfach durch eine milde Auslegung des § 3 a .a. O. geholfen worden. Es empfahl sich aber, allgemein die Beweisführung für die Vaterschaft und für das Minderbemitteltsein auf andere als die im § 3 a. a. O. vorgesehene Art zuzulassen. Dies erscheint unbedenklich, denn nach den bisher bei Gewährung der Mannschaftsunterstützung gemachten Erfahrungen hat die Feststellung der Vaterschaft die befürchteten Umständlichkeiten bisher regelmäßig nicht im Gefolge gehabt. Es verbleibt aber dabei, daß die Gewährung der Unterstützung eine weitere Beweisführung unnötig macht.

Zu § 5: Der Tag des Inkrafttretens ist der 1. 12. 17.

Über die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts im Feststellungsverfahren

äußert sich das Reichsversicherungsamt, vorbehaltlich instanzieller Entscheidung, in einem Runderlaß an die Landesversicherungsanstalten vom 26. Oktober 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 601), aus dem wir auszugsweise folgendes mitteilen:

Die Vorschriften der RVO. über die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts sind öffentlichrechtlicher Natur. Eine Parteivereinbarung über die Zuständigkeit ist im Gesetze nicht vorgesehen. Diese kann grundsätzlich von Amts wegen nachgeprüft werden und zwar auch dann noch, wenn das Versicherungsamt schon in eine sachliche Bearbeitung des Rentenantrags eingetreten war. Das Versicherungsamt selbst ist befugt, seine Zuständigkeit nachträglich zu bestreiten, wie dies auch seitens der Versicherten und der Landesversicherungsanstalt geschehen kann. Für letztere muß es um so mehr gelten, als nach § 1630 Abs. 2 RVO. ihre Beteiligung durch die Zuständigkeit des Versicherungsamts begründet wird . . . Von einem „Anerkenntnis“ der Zuständigkeit des Versicherungsamts kann streng genommen nicht gesprochen werden. Dem steht auch die öffentlichrechtliche Natur der Zuständigkeitsvorschriften entgegen. Ebensowenig erscheint damit vereinbar § 1630 Abs. 2 RVO., der die Versicherungsanstalt für den Bezirk des Versicherungsamts, bei dem der Anspruch „anzumelden ist“, für zuständig erklärt.

Geht man von diesen Erwägungen aus, so liegt der Schluß nahe, daß das Versicherungsamt seine Zuständigkeit auch nach Abgabe des Gutachtens auf Grund nachträglich hervorgetretener Zweifel bestreiten kann. Das Gutachten ist, wie sich schon aus § 1623 Abs. 3 RVO. ergibt, keine Entscheidung (zu vgl. Revisionsentsch. 1751 und 1941, Amtl. Nachr. 1913 S. 674 f., 1914 S. 827). Es steht nichts entgegen, daß das mit der Sache bereits befaßt gewesene Versicherungsamt den Rentenantrag einem anderen, neuerdings von ihm für zuständuig gehaltenen Versicherungsamt überweist. Wenn dann das andere Versicherungsamt die Zuständigkeit ebenfalls bestreitet, ist die Voraussetzung für § 1640 RVO. eingetreten.

Hieraus folgt aber nicht, daß die Bemängelung der örtlichen Zuständigkeit des Versicherungsamts sich noch weiter durch die Instanzen ziehen soll. Vielmehr schafft hier der Erlaß eines berufungsfähigen Bescheids der Landesversicherungsanstalt eine Grenze. Im berufungsfähigen Bescheid ist für die Rüge der örtlichen Zuständigkeit des Versicherungsamts kein Raum mehr. Es würde der Stellung des Versiche-

rungsamts zur Landesversicherungsanstalt nicht entsprechen, wenn die Landesversicherungsanstalt, deren sachliche Beteiligungspflicht als Beklagte nach § 1630 Abs. 2 der RVO. von der örtlichen Zuständigkeit des Versicherungsamts abhängt, durch den berufungsfähigen Bescheid mittelbar auch die Zuständigkeit des Versicherungsamts verneinen könnte. Die Folge wäre, daß ein Rentenbewerber, der den auf die Unzuständigkeit des Versicherungsamts gestützten berufungsfähigen Bescheid nicht mit dem gegebenen Rechtsmittel angreift, vielmehr das von der Versicherungsanstalt für zuständig gehaltene, vielleicht im Bezirk einer anderen Versicherungsanstalt gelegene Versicherungsamt angeht, Gefahr liefe, wiederum wegen Unzuständigkeit des Versicherungsamts abgewiesen zu werden. Die Rechtslage der Rentenbewerber würde dadurch empfindlich geschädigt. Das würde auch dem § 1545 Abs. 2 RVO. widersprechen, wonach die Feststellung der Leistungen zu beschleunigen ist. Um solche unerwünschten Folgen zu vermeiden und die Beschleunigung des Verfahrens sicherzustellen, hat der Gesetzgeber den Streit über die örtliche Unzuständigkeit der Versicherungsämter ganz in den Rahmen des § 1640 RVO. gespannt. Nach dieser Vorschrift ist die Entscheidung des übergeordneten Oberversicherungsamts oder des Reichsversicherungsamts (Landesversicherungsamts) endgültig und bindet die Instanzen. Es kommt hinzu, daß in der Begr. zum Entw. einer RVO. S. 495 zu § 1600 (§ 1640 RVO.) eine Entscheidung des Versicherungsamts, in der es seine Unzuständigkeit ausspricht, dem Berechtigten gegenüber als unzulässig bezeichnet ist. Was hier dem Versicherungsamt als entscheidender Behörde auf dem Gebiete der Krankenversicherung versagt ist, kann aber nicht auf dem Wege des § 1614, der den § 1640 für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung für entsprechend anwendbar erklärt, der Landesversicherungsanstalt, die noch dazu nicht nur entscheidende Behörde, sondern auch Partei ist, zugestanden werden.

Hat die Landesversicherungsanstalt nicht die Befugnis, mittelbar über die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts zu entscheiden, so kommt noch in Frage, ob sie auf einem sonstigen Wege eine maßgebende Einwirkung auf das Versicherungsamt ausüben kann, damit dieses den Rentenantrag an ein anderes, von der Versicherungsanstalt für zuständig erachtetes Versicherungsamt abgibt und so gegebenenfalls die Entscheidung nach § 1640 RVO. herbeiführt. Solche zwingende Einwirkung ist der Landesversicherungsanstalt im Gesetze nicht gegeben. Es kann sich nur um Anregungen oder Anträge handeln, zu denen das Versicherungsamt nach pflichtmäßigem Ermessen Stellung zu nehmen hat. Lehnt das Versicherungsamt die Abgabe an ein anderes Versicherungsamt ab, so muß die Landesversicherungsanstalt die aus § 1630 Abs. 2 RVO. sich ergebende Folge hinnehmen. Die Rechtslage ist die gleiche, wie im Falle der Abgabe des Antrags an ein Versicherungsamt im Bezirk einer anderen Versicherungsanstalt. Auch die letztere ist gebunden, wenn das in ihrem Bezirke gelegene, sich für zuständig erachtende Versicherungsamt von seiner, der Meinung der Versicherungsanstalt entgegenstehenden Auffassung nicht abgeht. Insoweit trifft das Ergebnis der hier vertretenen Auffassung mit dem der erwähnten Entscheidungen des bayerischen Landesversicherungsamts und des Reichsversicherungsamts zusammen. Es wird nicht verkannt, daß hiernach die Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu Unrecht in die Parteirolle der Beklagten kommen mögen, ohne dem wirksam entgegentreten zu können. Indessen werden hieraus sich ergebende Nachteile für die Versicherungsträger nicht allzu große sein, da bei der Art der Rentenverteilung die Frage, welche Versicherungsanstalt zum Erlasse des berufungsfähigen Bescheids berufen ist, nicht von erheblicher Bedeutung ist (Begr. zum Entw. eines Invalidenversicherungsgesetzes S. 308). Es muß auch davon ausgegangen werden, daß die Versicherungsämter sich der Prüfung ihrer Zuständigkeit auch im Hinblick auf die Rückwirkung gegenüber den Landesversicherungsanstalten gewissenhaft unterziehen und etwaige Anregungen der Versicherungsträger entgegenkommend würdigen werden. Nicht aber würde es angehen, über die Frage, ob das Versicherungsamt den Rentenantrag nach § 1640 Abs. 1 RVO. an ein anderes Versicherungsamt weitergeben soll, nach § 1792 RVO. zu entscheiden. Denn dadurch würde die Grundlage des § 1640 verschoben werden, der die Abgabe einer Sache in das pflichtmäßige Ermessen des Versicherungsamts stellt und für diesen Fall einen besonderen, der gebotenen Beschleunigung des Verfahrens Rechnung tragenden Instanzenzug vorsieht. Die Heranziehung der §§ 1792 ff. würde eine Umgehung der Absicht des Gesetzes mit verzögernder Wirkung bedeuten. Sollte sich zeigen, daß ein Versicherungsamt sich der gebotenen Nachprüfung der Voraussetzungen der Zuständigkeit entzieht, so würde der Versicherungsträger die Aufsichtsbehörde des Versicherungsamts anrufen können. Auf der anderen Seite dürfen aber auch die Versicherungsträger die Zuständigkeitsfrage nicht allzu ängstlich behandeln und dabei das Gebot der Beschleunigung des Verfahrens nicht aus den Augen verlieren.

Weitere Ausgestaltung des bargeldlosen Zahlungsverkehrs bei den Krankenkassen.

Eine Ausgestaltung des bargeldlosen Zahlungsverkehrs zu einer bis jetzt noch nicht gekannten „Vollendung" hat die Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte in Hamburg vorgenommen. Nach Beschlüssen des Ausschusses werden vom 1. Januar 1918 ab alle Barleistungen, also auch die Krankengelder, durch Postscheck ausgezahlt. Schon vor längerer Zeit traf die Kasse die Einrichtung, das Sterbegeld dem Empfangsberechtigten trotz Vorlage der erforderlichen Unterlagen nicht sofort in den Kassenräumen auszuzahlen, sondern erst an einem der nächsten Tage durch Postscheck zugehen zu lassen. Die hierdurch gewonnene Zeit wird dazu benutzt, in Zweifelsfällen durch Ermittelungen an Ort und Stelle Klarheit zu schaffen. Kurze Zeit später ging die Kasse dazu über, den Wöchnerinnen die Unterstützung (auch die Reichswochenhilfe) ebenfalls durch Postscheck zu übersenden. Die Kasse meint, daß hierin für die oft noch schwächlichen Frauen durch die Ersparnis der Wege ein nicht zu unterschätzender Vorteil liegt, ganz abgesehen von der bedeutenden Erleichterung der Kassentechnik. Die Einführung dieser Zahlungsart bedingte die Führung eines besonderen Wöchnerinnenregisters, die Abänderung der bisherigen Stillkontrolle, sowie die Genehmigung des Versicherungsamtes, an Stelle der persönlichen Quittungsleistung über die empfangenen Beiträge sich mit dem Vermerk der Kasse zu begnügen, daß die Zahlungen per Postscheck geleistet seien.

Die gute Erfahrung, die hiermit gemacht wurde, veranlaßte die Kasse, auch das Hausgeld in gleicher Weise auszuzahlen. Auch hierbei wurde die Anlegung eines Kontrollregisters, sowie die Benutzung

neuer Krankenhauseinweisungsformulare notwendig. Um jedoch auf diesem Gebiet volle Arbeit zu leisten und die direkten Zahlungen, von geringen, nicht zu vermeidenden Ausnahmen abgesehen, ganz auszuschalten, ging die Kasse schließlich dazu über, auch die bedeutendste Barleistung der Kasse, das Krankengeld, per Postscheck zu gewähren. Den Kassenärzten erwächst daraus keine Mehrarbeit. Die praktische Durchführung wäre kurz folgende:

Die Kassenärzte bestellen die arbeitsunfähigen Mitglieder nicht mehr, wie bisher, zum Wochenschluß, sondern zu Mittwochnachmittag bzw. zu Donnerstagfrüh jeder Woche und bescheinigen ihnen zutreffendenfalls ihre Arbeitsunfähigkeit durch Ausfertigung des auch bisher üblichen Zahlattestes bis einschließlich Donnerstag. Hierdurch wird auch für die Kassenärzte eine Arbeitseinteilung insofern bewirkt, als die Mitglieder der anderen Kassen zu gleichem Zwecke am Freitag oder Sonnabend zu erscheinen pflegen. Die vom Arzt ausgefertigten Zahlatteste — darin besteht die einzige Abweichung von der bisherigen Gepflogenheit — werden nicht mehr den Mitgliedern zwecks Abholung des Krankengeldes übergeben, sondern statt dessen mit dem Krankenschein zurückbehalten und zur Abholung durch Beauftragte der Kasse bereitgelegt. Diese Abholung erfolgt am Donnerstagvormittag nach durchgearbeitetem Plan durch die Krankenbesucher und Boten, so daß die Scheine nebst den Zahlattesten am Donnerstagvormittag im Kassenbureau sind. Hier werden die Krankengelder von den Beamten der Abfertigungen ausgeworfen (berechnet) und die Sortierung auf Grund der Bestimmung der Bundesratsverordnung vom 9. Oktober 1913 vorgenommen und Sammelschecks angefertigt. An der Hand der Krankenscheine werden die Kontrollzettel und Register in den Abfertigungen berichtigt und die Krankenscheine alsdann, soweit erforderlich, am Freitagvormittag den Ärzten wieder zugestellt. Lediglich diejenigen Mitglieder, welche zwischen zwei Zahltagen arbeitsfähig werden, müssen nach wie vor zur Empfangnahme des Krankengeldes am Kassenbureau erscheinen. Ebenso werden diejenigen Personen, welche von dem Krankenbesucher nicht im Hause angetroffen werden, durch besonderen Vermerk auf dem zurückgelassenen Kontrollzettel zur persönlichen Empfangnahme des Krankengeldes aufgefordert. Auch bereitet es keine Schwierigkeiten, wenn dem Krankenbesucher der Krankenschein nicht vorgelegt werden kann, weil er sich noch in den Händen des Arztes befindet. In diesem Falle wird der Kontrollvermerk nachträglich auf dem Krankenschein angebracht. Durch diese Einrichtungen werden die Massenansammlungen an den Zahltagen im Geschäftslokal beseitigt und den Kranken oft beschwerliche Wege erspart. Deshalb wird auch den Kranken die Postscheckgebühr von 5 ₰ auferlegt. Durch die Ausschaltung etwaiger fremder Abholer wird auch größere Sicherheit erlangt, daß die Krankengelder in die richtigen Hände gelangen. — Die einschlägige Satzungsbestimmung (§ 36 Abs. 2) hat folgenden Wortlaut: „Das Krankengeld wird auf Grund eines vom Kassenarzte ausgestellten Zahlattestes an jedem Freitag unter Kürzung der Gebühren dem Postscheckamt zur Auszahlung an das Mitglied überwiesen. Fällt der Zahltag auf einen Feiertag, so wird am vorhergehenden Werktage gezahlt." Gleichzeitig nahm die Kasse auch eine Erweiterung der „bargeldlosen" Einziehung der Kassenbeiträge vor. Es wurde die Einholung derselben durch Kassenboten überhaupt eingestellt und nur noch der Bank- und Postscheckverkehr zugelassen. In Zukunft erhalten die Arbeitgeber Rechnungen zugesandt, die mit zwei Talons versehen sind. Von diesen ist der eine für die Deutsche Bank, der zweite für die Kasse bestimmt. Die Bank hat sich bereit erklärt, über die Einzahlung zu quittieren und der Kasse den zweiten Talon, aus welchem der Name des Einzahlers, Höhe des Betrages und das Kassenzeichen hervorgeht, sowie eine Gesamtliste der Einzahler täglich zu übermitteln. Die Listen der Bank werden für die Kasse gleich als Einnahmelisten für das Einnahmebuch benutzt und auf Grund der beigefügten Talons die Gutschrift im Einnahme-Soll sicher und richtig bewerkstelligt. Daneben ist es den Firmen gestattet, von dem Einzahlen durch das Postamt Gebrauch zu machen, jedoch nur unter Erstattung der üblichen Gebühren. Dasselbe Verfahren wurde auch für die Versicherungsberechtigten eingeführt. Bisher mußten diese die fälligen Beiträge ohne Aufforderung im Kassenbureau einzahlen, und es kam häufig vor, daß die Zahlungstermine überschritten wurden und daher gemäß der Satzung die Löschung als Mitglied erfolgen mußte. Letzteres dürfte nun bei dem vorgeschlagenen Zahlungsverfahren nicht mehr, oder doch nur in vereinzelten Fällen noch vorkommen.

Zur Durchführung dieser Neuerungen sind folgende Bestimmungen in die Satzung aufgenommen worden: „Die Beiträge der Versicherungspflichtigen für den verflossenen Monat sind innerhalb einer Woche auf Grund der von der Kasse zugesandten Rechnung bei den auf dieser verzeichneten Zahlstellen zu entrichten. Dasselbe gilt für Versicherungsberechtigte, jedoch ist hier der erste Werktag jedes Monats als Fälligkeitstermin für den verflossenen Monat zu betrachten" (§ 40). „Falls die Beiträge nicht in der in § 40 bezeichneten Frist entrichtet sind, erfolgt eine durch die Post zugesandte Mahnung. — In diesem Falle ist eine Mahngebühr von 5 ₰ für jede angefangene Mark nebst den entstandenen Portoauslagen zu entrichten. Rückstände, sowie Mahngebühren und Portoauslagen werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben" (§ 42).

Durch die Neueinrichtungen ist in den Geschäftsräumen nur noch eine „Tageskasse" offen, da der Bargeldverkehr auf ein Mindestmaß beschränkt ist. Sonst sind die Erfahrungen abzuwarten.

Salvarsan und Kapital.

Über die Bedeutung der Salvarsanbehandlung und einige daran sich anschließende Fragen hat sich hier im Jahrg. 1917 Heft 35 S. 789 ff. Kobler geäußert. Wenn wir davon ausgehen dürfen, daß es sich um ein gewiß nicht unfehlbares, aber doch überaus wertvolles Mittel zur Bekämpfung einer der verderblichsten Seuchen handelt, so wäre es um so bedauerlicher, wenn das richtig wäre, was in einem Artikel des „Arbeiterschutz" (Wien, den 8. 12. 17) über die ungeheuerliche Ausbeutung dieses Heilmittels durch eine kapitalkräftige Kapitalistengruppe vorgebracht wird. Wir teilen daraus einen knappen Auszug mit, ohne die Verantwortung für die Richtigkeit der tatsächlichen Angaben zu übernehmen, die — wie der Artikel bemerkt — „seit Jahren unwidersprochen durch die Fachpresse gehen, und die Haenisch gleichfalls unwidersprochen am 1. März 1917 im preußischen Landtage wiederholt hat. Danach beträgt der Herstellungspreis für ein Kilogramm Salvarsan 8 ℳ (acht Mark), bei der Abgabe an den Verbraucher aber ist der Preis 16 000 ℳ (sechzehntausend Mark). Selbst wenn man zu dem reinen Herstellungspreise noch allerlei Verpackungs- und Versandspesen und

sonstige Ausgaben, die nach Ehrlichs Behauptung sehr hoch sind, hinzurechnet, so bleibt doch die Spannung zwischen dem Erzeugerpreise und dem Verbraucherpreise geradezu ungeheuerlich. Es ist unter diesen Umständen kein Wunder, daß die Höchster Farbwerke nach der Einführung des Salvarsans allein in dem einen Jahr 1913 einen Reingewinn von nicht weniger als 16 Millionen Mark erzielt haben. Dabei war 1913 noch ein Friedensjahr mit Friedensgewinnen!

Es setzte also gleich nach der Erfindung des Mittels, noch bevor es in seinen Heilwirkungen auch nur ganz oberflächlich erprobt werden konnte, die wüsteste Pressereklame ein, die bis dahin jemals erlebt worden war, und die in ihrer suggestiven Wirkung schließlich auch einwandfreie Zeitungen in ihren Bann zog . . .

Der Salvarsanbetrieb wurde schon im Sommer 1910 so umfangreich, daß zum Beispiel ein Berliner Arzt ausschließlich zur Injektion dieses Mittels in seiner Privatpraxis mehrere Assistenten anstellen mußte. Bald gab es Ärzte, die jährlich hunderttausend Mark und mehr allein durch Salvarsaneinspritzungen verdienten. Außereuropäische Staaten kauften Salvarsan von den Höchster Farbwerken in großen Quantitäten. Kein Wunder, daß schließlich die Börse sich des Salvarsangeschäftes bemächtigte. Ein einziges Bankhaus in Bamberg soll auf einen Schlag zwei und eine halbe Million Mark mit einer Salvarsanspekulation verdient haben.

Ist nun das Salvarsan wirklich ein so wirksames Heilmittel, wie die Reklame behauptet? Darüber sind die Gelehrten noch nicht einig. Wir stimmen hierin ganz Professor Oppenheim zu, der in diesem Blatte sich dahin äußerte, daß, um die Schädlichkeit oder Unschädlichkeit eines Mittels zu erproben, die Zeit von zehn Jahren, die seit der Erfindung des Salvarsans vergangen sind, genügen möge, aber sie genüge nicht, um endgültig die Frage nach der Heilung der Syphilis durch dieses Mittel zu beantworten, zumal da die Syphilis eine Krankheit ist, die noch Jahrzehnte nach der Ansteckung Symptome hervorrufen könne.

Wir überlassen deshalb den Streit über die Heilwirkung des Salvarsans den Gelehrten und wollen den Fehler vermeiden, den Haenisch begeht, indem er dem Salvarsan jede Heilwirkung abspricht. Wogegen wir uns wenden, ist die kapitalistische Verseuchung der medizinischen Wissenschaft. . ."

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Gefahrzuschläge zu den Kassenbeiträgen nach § 384 Abs. 1 RVO.

1. Nach R. Antwort: Die Kasse hat die Beitragsteile für die in der Munitionsfabrik Beschäftigten, im Hinblick auf die erheblich höhere Erkrankungsgefahr, nach § 384 Abs. 1 RVO. höher bemessen. Das Notgesetz vom 4. August 1914 (Arb.-Vers. 1914 S. 569) steht dem nicht entgegen, auch wenn die ordentlichen Beiträge bereits 4½ v. H. des Grundlohns betragen. Dies hat das Reichsversicherungsamt in einer — amtlich noch nicht veröffentlichten — Entscheidung vom 21. April 1917 (II K. 764/16) ausgesprochen.

Gilt § 214 Ziff. 2 RVO. auch zugunsten einer Kasse, die bewußt zu Unrecht Leistungen gewährt?

2. Nach R. R. Frage: Durch endgültige Entscheidung ist festgestellt, daß die Beschäftigten eines bestimmten Betriebes unserer Kasse anzugehören haben. Der Unternehmer hatte bei einer anderen Kasse gemeldet und verweigerte die Anmeldung bei unserer Kasse. Wir haben die andere Kasse auf die Folgen aufmerksam gemacht, haben die Hebung der Beiträge von dem Unternehmer, sowie die Unterstützung der betreffenden Leute beanstandet und zum Ausdruck gebracht, daß wir zur Erstattung dieser Kosten nicht verpflichtet wären, weil keine gesetzliche Pflicht zur Unterstützung vorläge, ihr die Unterstützung dieser Leute gar nicht zustehe. Nach der erfolgten Entscheidung beanspruchen wir vom Tage der zu unseren Gunsten erfolgten Entscheidung erster Instanz die Beiträge, weigern uns aber, die gewährten Unterstützungen aufrechnen zu lassen, weil die Kasse diese grundlos gewährt hat. Sind wir mit dieser Auffassung im Recht und kommt der ordentliche Rechtsweg oder das Verfahren nach § 224 RVO. in Frage?

Antwort: Wir nehmen nach der Anfrage an, daß die endgültige Entscheidung auf Grund des § 258 RVO. ergangen ist. Dann ist sie nach Abs. 4 für alle Behörden und Gerichte bindend. Vor allem aber bindet sie die andere Kasse. Diese mißachtet das Gesetz, wenn sie weiterhin Beiträge für die von der Entscheidung betroffenen Versicherten annimmt und ihnen Kassenleistungen gewährt; letzteres insbesondere verstößt gegen §§ 25, 363 RVO. und rechtfertigt ein Einschreiten der Aufsichtsbehörde nach §§ 30 ff. Wir empfehlen daher, zunächst diese anzurufen. Die andere Kasse wird nicht geltend machen können, daß die Aufsichtsbehörde über streitige Unterstützungsansprüche nicht im Aufsichtsweg entscheiden könne; denn darum handelt es sich nicht, weil hierüber ein Streit gar nicht besteht, die Kasse vielmehr bewußt Leistungen gewährt, zu deren Gewährung sie nach der bindenden Entscheidung nicht verpflichtet sein kann. Soweit sie nun gleichwohl solche Leistungen noch weiter gewährt hätte, würde sie einen Ersatzanspruch gegen Ihre Kasse, als die tatsächlich verpflichtete, nur auf die Behauptung gründen können, daß sie die Leistungen zu Unrecht gewährt habe. Daraus folgt, daß sie den Anspruch gemäß § 224 Ziff. 2 bei dem Versicherungsamt, also nicht im

ordentlichen Rechtswege, anhängig zu machen hätte. Das Versicherungsamt aber müßte den Anspruch als unbegründet abweisen. Zwar nicht deshalb, weil die klagende Kasse nicht irrtümlich geleistet habe; denn das ist nicht Voraussetzung des Anspruchs aus § 224 Ziff. 2 (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3a zu § 224). Aber der innere Grund dieser besonderen Vorschrift ist ungerechtfertigte Bereicherung der beklagten Kasse, und ein Anspruch aus diesem Rechtsgrunde (§§ 812 ff. BGB.) setzt im allgemeinen voraus, daß sich die Vermögensverschiebung unmittelbar zwischen den Parteien vollzogen hat (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 66 S. 80). Eine solche Vermögensverschiebung liegt an sich im Verhältnis der beiden Kassen nicht vor, sondern nur im Verhältnis der leistenden Kasse und dem Versicherten als Empfänger. Über dieses Bedenken hilft die Vorschrift in § 224 Ziff. 2 hinweg, indem sie der Kasse den Umweg ersparen will, daß sie den Versicherten (der ja doch meist nicht zahlungsfähig sein wird) verklagen und ihm überlassen müßte, sich an die leistungspflichtige Kasse zu wenden. Aber es kann nicht die Absicht des Gesetzes sein, diese Erleichterung auch einer Kasse einzuräumen, die in bewußter Umgehung einer endgültigen bindenden Entscheidung Leistungen gewährt, die sie nicht einmal gewähren darf. Solche kann sie nur von dem zurückfordern, der sie von ihr grundlos empfangen hat.

Ersatz der Kosten für Anstaltskleidung durch die Krankenkasse.

3. Nach Spandau. Antwort: Läßt die Krankenkasse einen Versicherten in eine Heilanstalt unterbringen, ohne mit dieser besondere Abmachungen zu treffen, so unterwirft sie sich stillschweigend den allgemeinen Aufnahmebestimmungen der Anstalt. Daher muß sie, soweit diese die Lieferung von Kleidung vorsehen, hierfür auch die Kosten tragen. Eine solche Verpflichtung geht keineswegs über den gesetzlichen Rahmen hinaus. Denn zu der Verpflegung, die von der Kasse im Krankenhaus gemäß § 184 RVO. gewährt werden darf, gehört auch die gebotene Anstaltskleidung. (Ebenso Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3d zu § 184; Hoffmann, KrVers., Anm. 5 zu § 184; Landgericht Karlsruhe in der ArbVers. 1910 S. 766. Abweichend freilich Bad. Verw.-Gerichtshof in der ArbVers. 1907 S. 596; vgl. aber gegen diese Entsch.: Keller in ArbVers. 1909 S. 557.)

Anrechnung von Versicherungsleistungen auf das Gehalt erkrankter Kassenangestellter.

4. Nach Soest i. W. Frage: Die Dienstordnung unserer Kasse bestimmt: „Den Angestellten wird bei Erkrankungen, beim Eintritt in den Heeresdienst im Mobilmachungsfall, bei militärischen Dienstleistungen im Frieden und bei sonstigen Behinderungen, die ohne ihr Zutun eintreten, für einen vom Beginn der Behinderung ab laufenden Zeitraum von 3 Monaten das Gehalt weitergezahlt. In dem Verhältnis, in welchem von der Kasse für den Angestellten zur reichsgesetzlichen Krankenversicherung und Angestelltenversicherung Beiträge geleistet werden, sind an dem Gehalte diejenigen Beträge an Krankengeld, Hausgeld und sonstigen Bezügen zu kürzen, welche dem Angestellten oder seinen Angehörigen aus der Versicherung zukommen." Hier besteht Meinungsverschiedenheit, wie diese Bestimmung hinsichtlich des Krankengeldes zu verstehen ist. Wir bitten um Ihre Ansicht.

Antwort: Das Krankengeld bezieht der erkrankte Angestellte auf Grund der Krankenversicherung. Zu dieser trägt die Kasse als Arbeitgeberin bekanntlich ein Drittel bei. Daher kann sie dem Angestellten nach der Dienstordnung auch ein Drittel des Krankengeldes auf das während der Krankheit weiterzuzahlende Gehalt anrechnen. Würde es sich dagegen um Bezüge auf Grund der Angestelltenversicherung handeln (z. B. Hausgeld nach § 38 AngestVersGes.), so könnte die Kasse das weiterzuzahlende Gehalt um die Hälfte dieser Bezüge kürzen, weil sie zu dieser Versicherung die Hälfte beiträgt.

Krankengeld neben Reichswochengeld.

5. Nach Landsberg a. W. Antwort: Wir finden keinen Widerspruch zwischen unserer Auskunft in ArbVers. 1915 S. 360 Ziff. 12 und dem Bescheide des Reichskanzlers daselbst S. 799. Auch dieser Bescheid spricht den Kassen das Recht zu, neben dem Kriegswochengelde (wie neben dem Wochengelde nach § 195 Abs. 3 RVO.) das Krankengeld zu versagen. Nur soweit das Krankengeld höher ist als das Kriegswochengeld darf die Kasse den Mehrbetrag nicht einbehalten. — Maßgebende Entscheidungen sind uns nicht bekannt.

a) Kassenzugehörigkeit von Heimarbeitern; b) Volksschullehrer im Hilfsdienst während der Ferien.

6. Nach Hanau. Fragen: a) Sind Heimarbeiter in der Kriegsindustrie, welche in Frankfurt ihre Materialien holen, die Arbeiten hier fertigstellen und solche in Frankfurt abliefern, am Sitze des Arbeitgebers oder hier zur Krankenkasse zu melden? Es handelt sich um lauter jugendliche Arbeitskräfte, so daß von selbständigen Hausgewerbetreibenden keine Rede sein kann.

b) Sind Volksschullehrer, welche fest angestellt sind und Anspruch auf Ruhegehalt haben, anmeldepflichtig in der Krankenversicherung, wenn sie während vierwöchentlicher Ferien Hilfsarbeit für die Stadt (Lebensmittelamt u. dgl.) gegen Lohn verrichten?

Antwort: a) Die „Beschäftigung" findet in Hanau statt. Die Arbeiter haben daher der dortigen Ortskrankenkasse anzugehören (§§ 153, 234 RVO.), falls nicht etwa für den Betrieb, für den sie tätig sind, eine Betriebskrankenkasse besteht, so daß sie dieser anzugehören hätten (§ 245 nebst Anm. 4 bei Hahn). b) Die Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienste (§ 2 des Ges. v. 5. 12. 16, RGBl. S. 1333) macht diese Volksschullehrer nach § 1 der Verordg. v. 24. 2. 17 (ArbVers. S. 177) unter den allgemeinen Voraussetzungen der §§ 165 ff. RVO. versicherungspflichtig. Voraussetzung wäre also insbesondere, daß sie Entgelt beziehen und daß es sich nicht um eine nach § 168 RVO. und der Bek. v. 17. 11. 13 (ArbVers. S. 848) versicherungsfreie Tätigkeit handelt. Wir nehmen aber an, daß Ziff. I 4 dieser Bek. zutrifft, da es sich um Personen handelt, die berufsmäßig in einem regelmäßigen Arbeitsverhältnis zu einem Arbeitgeber stehen und nur „nebenher" die Hilfsarbeit leisten.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Kroschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1198 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 1. Februar 1918 | Heft 4

Der Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger nach § 1542 RVO.

Von W. Lehmann in Erfurt.

Die Reichsversicherungsordnung, durch die die Gesetze über die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, eine neue Regelung und vor allen Dingen eine einheitliche Zusammenfassung (Kodifikation) gefunden haben, hat für die nicht in ihren unmittelbaren Geltungsbereich fallenden Personenkreise neues materielles Recht nicht geschaffen. Gleichwohl befaßt sie sich in § 1542 auch mit der Schadenersatzpflicht Dritter insoweit, als sie den Übergang der bereits auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften bestehenden Entschädigungsansprüche der durch sie versicherten Personen und deren Hinterbliebenen auf die Versicherungsträger regelt. § 1542 RVO. lautet:

> Soweit die nach diesem Gesetze Versicherten oder ihre Hinterbliebenen nach anderen gesetzlichen Vorschriften Ersatz eines Schadens beanspruchen können, der ihnen durch Krankheit, Unfall, Invalidität oder durch den Tod des Ernährers erwachsen ist, geht der Anspruch auf die Träger der Versicherung insoweit über, als sie den Entschädigungsberechtigten nach diesem Gesetze Leistungen zu gewähren haben. Dies gilt jedoch bei den gegen Unfall Versicherten und ihren Hinterbliebenen nur insoweit, als es sich nicht um einen Anspruch gegen den Unternehmer oder die ihm nach § 899 Gleichgestellten handelt.
>
> Auf das Maß des Ersatzes für Krankenpflege und Krankenhauspflege sowie für Krankenbehandlung und Heilanstaltspflege ist § 1503 entsprechend anzuwenden.

Die Vorschrift bezweckt, eine doppelte Entschädigung aus demselben Ereignis zu vermeiden. Dem Geschädigten wird dadurch, daß sein Anspruch in Höhe der ihm nach der RVO. zu gewährenden Leistungen auf den Versicherungsträger übergeht, insoweit das Klagerecht gegen den Schädiger entzogen, das in diesem Umfang nunmehr vom Versicherungsträger im eigenen Namen geltend gemacht werden kann, so daß weder eine Bereicherung des Geschädigten, noch eine vom Gesetzgeber gleichfalls nicht beabsichtigte Verringerung der Schadenersatzpflicht des Dritten eintritt.

Zweifelhaft mag scheinen, welche Personen als „nach diesem Gesetz Versicherte" zu gelten haben. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung hat der 6. Zivilsenat des Reichsgerichts in einer Entscheidung vom 12. 12. 1912 („Recht" 1913 Ziff. 759) den Rechtsübergang im Sinne des § 57 Abs. 4 KVG., aus dem § 1542 RVO. mit hervorgegangen ist, nur für den Fall der gesetzlichen Zwangsversicherung anerkannt. M. E. mit Unrecht. Findet eine derartige Auslegung schon in dem klaren Wortlaut des § 57 Abs. 4 KVG. keine Stütze, so setzt sie sich m. E. aber auch mit dem vom Gesetzgeber beim Erlaß der Versicherungsgesetze beabsichtigten Zweck in Widerspruch. Als Ausfluß unserer sozialen Gesetzgebung sollen die Versicherungsgesetze den wirtschaftlich schwächeren Schichten unseres Volkes für gewisse Fälle der Beeinträchtigung ihrer Erwerbsfähigkeit Fürsorge angedeihen lassen; und dieser sozialen und daher nach Möglichkeit gleichmäßig und unparteiisch zu lösenden Aufgabe gegenüber würde es eine durch

nichts gerechtfertigte und auf Kosten der Versicherungspflichtigen gehende einseitige Bevorzugung der Versicherungsberechtigten bedeuten, wollte man ihnen neben den Leistungen der Versicherungsträger auch den Schadensersatzanspruch gegen den Schädiger ungeschmälert belassen, wozu um so weniger ein Anlaß vorhanden ist, als sich der Versicherungsberechtigte gegenüber dem Versicherungspflichtigen in der Regel in einer besseren wirtschaftlichen Lage befindet. Schon aus diesen Erwägungen heraus hat der Übergang m. E. sowohl bei Ansprüchen der Versicherungspflichtigen als auch bei Ansprüchen der Versicherungsberechtigten stattzufinden. Jedenfalls wird unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte unbedenklich zu bejahen sein, daß das Verhältniswort „nach" in Verbindung mit den Wörtern „diesem Gesetze Versicherten" nicht auf die rechtliche Natur der Begründung des Versicherungsverhältnisses, auf den gesetzlichen Zwang im Gegensatz zu dem freiwilligen Beitritt, sondern lediglich auf den Inhalt und Umfang des Versicherungsverhältnisses abstellt. Inhalt und Umfang des Versicherungsverhältnisses bestimmen sich aber auch bei den freiwillig Versicherten, den Versicherungsberechtigten, nach dem Gesetz bzw. nach den in diesem für eine etwaige satzungsmäßige Regelung gegebenen Richtlinien. In diesem Sinne hat auch der 4. Zivilsen. des Reichsgerichts, abweichend von dem vorerwähnten Urteil, unterm 29. 11. 13 entschieden (Entsch. in Zivils. 83 S. 316; Herzfeld in ArbVers. 1914 S. 339).

Der für den Übergang der Ansprüche in Betracht kommende Schaden wird bei dem Versicherten selbst in der Regel in der Beeinträchtigung seines Erwerbes und in dem Entstehen von Heilungskosten (§ 843 BGB.), bei seinen Hinterbliebenen in der Entziehung des Rechts auf Unterhalt und Dienstleistung und in der Verpflichtung zur Übernahme der Kosten der Beerdigung (§§ 844, 845 BGB.) in Erscheinung treten.

Bedenklich will es mir jedoch scheinen, auch den nicht vermögensrechtlichen Schaden nach § 847 BGB. als „Schaden" im Sinne des § 1542 RVO. anzusehen und auch für ihn den gesetzlichen Übergang auf den Versicherungsträger zu fordern (Entsch. des Reichsger. v. 9. 4. 12. Breithaupt 1912 S. 161). Wenngleich § 1542 RVO. seinem Wortlaute nach zwischen vermögensrechtlichem und nicht vermögensrechtlichem Schaden keinen Unterschied macht, so stehen dieser Auffassung m. E. doch schwerwiegende aus der rechtlichen Natur und der ethischen Grundlage des sogen. Schmerzensgeldanspruches herzuleitende Bedenken entgegen. Der Schmerzensgeldanspruch ist weder übertragbar, noch geht er auf die Erben über, er kann nicht gepfändet und nicht verpfändet werden, es kann auch nicht gegen ihn aufgerechnet werden (§ 851 CPO., §§ 1273 Abs. 2, 394 BGB.). Demnach ist dieser Anspruch ein höchst persönlicher, und schon diese Tatsache allein hätte den Gesetzgeber jedenfalls veranlaßt, den Schaden nach § 847 BGB. in § 1542 RVO. besonders zu erwähnen, wenn er auch für ihn den gesetzlichen Übergang hätte festsetzen wollen. Tatsächlich dürfte dies aber gar nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben. Dadurch, daß § 847 BGB. dem Verletzten für gewisse Verletzungen persönlicher Rechtsgüter eine Entschädigung zuspricht, die nicht auf eine Wiedergutmachung der Beeinträchtigung des Vermögens hinzielt — für den Vermögensschaden findet der Verletzte nach §§ 842, 843 BGB. Ersatz — führt diese Bestimmung zu einer Vermögensvermehrung. Diese Wirkung, die als Bereicherung des Verletzten den allgemeinen Grundsätzen unseres heutigen Haftpflichtrechts zuwiderläuft, ist hier vom Gesetzgeber ausnahmsweise für gewisse Fälle aus der Erwägung heraus beabsichtigt, daß es der Billigkeit entspreche, dem Verletzten für die körperlichen und seelischen Schmerzen, für den Kummer und die Sorgen, welche er zu erleiden hat, eine Entschädigung zuzusprechen, um ihn so in die Lage zu versetzen, den Schaden, soweit dies möglich ist,

durch materielle **Vorteile** auszugleichen (Reichsger. in Jur. Wochenschr. 1902 S. 247). An dieser grundsätzlichen Erwägung ändert auch die Tatsache nichts, daß bei der gegenwärtigen Weitherzigkeit unserer Gerichte **jeder** an Körper und Gesundheit Verletzte einen Anspruch auf Entschädigung nach § 847 BGB. hat, ohne daß es dafür des besonderen Nachweises eines Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, bedarf (Reichsger. in Jur. Wochenschr. 1915 S. 90). Es widerspricht aber dem gesunden Empfinden, aus derartigen moralischen Erwägungen hergeleitete Ansprüche auf einen anderen für Leistungen übergehen zu lassen, bei deren Bemessung der andere sich mehr oder weniger streng an den **wirtschaftlich** meßbaren Grad der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit hält. Ein derartiger Rechtsübergang würde auch den offenbaren Zweck des § 847 BGB., eine Vermögens**vermehrung** des Verletzten herbeizuführen, vereiteln. Deshalb sollte unter Schaden im Sinne des § 1542 RVO. nur ein **vermögens**rechtlicher Schaden verstanden werden, so daß der Übergang des Schmerzensgeldanspruchs zu verneinen ist. Die Begründung der gegenteiligen Ansicht mit dem bloßen Hinweis darauf, daß das Reichsger. in seiner Entscheidung vom 19. 4. 1898 (ArbVers. 1898 S. 509) den Übergang auch „hinsichtlich des verwandten Anspruchs auf Buße angenommen habe", ist jedenfalls nicht überzeugend, schon um deswillen nicht, weil die Buße, die nach § 231 Abs. 2 RStGB. die Geltendmachung eines weiteren Entschädigungsanspruches ausschließt, nicht nur den nicht vermögensrechtlichen, sondern auch den in der Regel überwiegenden vermögensrechtlichen Schaden umfaßt.

Im Rahmen des § 1542 RVO. ist der dem Versicherten entstandene Schaden nur insofern von Bedeutung, als der Versicherte **Ersatz dieses Schadens nach anderen gesetzlichen Vorschriften beanspruchen kann.** Zu den Schadensersatzansprüchen im Sinne dieser Bestimmung gehören also nur **zivilrechtliche** gesetzliche Entschädigungsansprüche, z. B. aus den §§ 823 ff., 618 Abs. 3 BGB., § 120 a GewOrdn., nicht aber auf **öffentlichem** Recht beruhende Ansprüche, namentlich nicht Versorgungsansprüche der Kriegsteilnehmer nach Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. 5. 06 und ihrer Hinterbliebenen nach Militärhinterbliebenengesetz vom 17. 5. 07 (Bescheid des RVA. 2041, Amtl. Nachr. 1915 S. 461, ArbVers. 1915 S. 563), ebensowenig Ansprüche auf Grund des § 63 HGB. (Entsch. des preuß. OVG. vom 19. 12. 87 Bd. 15 S. 398) und sonstige auf Arbeitsvertrag oder gesetzlicher Vorschrift beruhende Ansprüche auf Fortzahlung von Lohn oder Gehalt. Derartige Ansprüche, ebenso wie gesetzliche Unterhaltsansprüche, stellen sich ihrer rechtlichen Natur nach als Fürsorge-, nicht als Schadenersatzansprüche dar. Von selbst ergibt sich ferner, daß sich der Übergang nicht auch erstreckt auf Zuwendungen auf Grund freiwilliger, ohne Rechtsgrund erfolgter Zusage des Schädigers oder auf Ansprüche aus einem Privatversicherungsvertrage, gleichgiltig, ob die Kosten für diesen ganz oder teilweise vom Schädiger oder ausschließlich vom Versicherten selbst getragen werden. Ohne Belang für den Übergang der Ansprüche ist es, auf welchem Haftungsgrund diese beruhen, insbesondere ist es nicht erforderlich, daß sie sich auf ein Verschulden des Schädigers stützen (Entsch. des preuß. OVG. vom 16. 1. 91, Pr. Verw. Bl. Bd. 12 S. 281). Dem Übergang unterliegen also auch Schadenersatzansprüche auf Grund der Gefährdungs- bzw. Verursachungshaftung, namentlich auch die Ansprüche nach dem Reichshaftpflicht- und dem Kraftfahrzeuggesetz sowie nach § 833 BGB.

Für Schadenersatzansprüche der gegen **Unfall** Versicherten sowie ihrer Hinterbliebenen gegen den **Unternehmer** oder die ihm nach § 899 RVO. Gleichgestellten schließt § 1542 den Übergang jedoch aus. Es handelt sich hier um die Schadenersatzansprüche aus §§ 898, 899 und 1042 RVO. für den Fall vorsätzlicher Schadenszufügung, in denen es die Billigkeit verlangt, daß den

Geschädigten der **gesamte** Schaden ersetzt wird. Da sich hier die Schadenersatzpflicht des Schädigers auf den Betrag beschränkt, um den sie die Entschädigung aus der Unfallversicherung übersteigt, wäre ein Übergang aber nur unter Beeinträchtigung des Verletzten oder seiner Hinterbliebenen möglich. Das Rückgriffsrecht der Versicherungsträger aus § 903 RVO. wird hierdurch selbstverständlich nicht berührt.

Ist dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen ein Schaden überhaupt nicht entstanden, sei es, daß für den Verletzten kraft Gesetzes ohnedies hinreichende Fürsorge getroffen ist, wie beispielsweise in gewissen Fällen des § 63 HGB., sei es, daß für ihn **seitens des Schädigers** auf Grund des Dienst**vertrages** derart ausreichende Fürsorge (beispielsweise durch eine Unfall- oder Rentenversicherung, vgl. hierüber auch Entsch. d. RG. in Bd. 64 S. 353, Bd. 70 S. 101, in Jur. Wochenschr. 1909 S. 49, 1913 S. 863) geschaffen wurde, daß die hieraus erwachsenden Vorteile jeden Vermögensnachteil aus dem Unfall von vornherein vermeiden, sei es, daß die Hinterbliebenen aus dem Nachlaß des Versicherten soviel erhalten haben, daß die Kosten des standesgemäßen Unterhalts (§ 844 BGB.) vollständig gedeckt werden (Entsch. d. RG. in Bd. 64 S. 355, Bd. 72 S. 438), so ist dem Rückgriffsrecht der Versicherungsträger von vornherein jede Grundlage entzogen.

Bleibt der Schaden, auf dessen Ersatz der Versicherte dem Schädiger gegenüber Anspruch hat, hinter den Leistungen des Versicherungsträgers zurück, so steht für dieses Mehr dem Versicherungsträger ein Rückgriffsrecht gleichfalls nicht zu. — Abgesehen von einer Minderung des Schadenersatzanspruchs auf Grund des § 254 BGB., tritt dieser Fall häufig auch durch die nach verschiedenartigen Grundsätzen erfolgende Berechnung des zivilrechtlichen Schadenersatzanspruchs und des Versicherungsanspruchs ein, namentlich wenn es sich um die Verletzung der Erwerbsfähigkeit handelt. Während die Rente nach § 843 BGB. die wirkliche wirtschaftliche Einbuße an Arbeitsverdienst, nicht die Arbeitskraft oder Erwerbsfähigkeit als Kapital ersetzen soll, nicht für die Minderung der abstrakten Erwerbsfähigkeit, sondern für die tatsächlich erlittene Beeinträchtigung des Erwerbes Ersatz schaffen soll („Recht" 1912 Ziff. 490, Jur. Wochenschr. 1908 S. 273, 1910 S. 19), soll nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und nach der Entwickelung des Unfallversicherungsrechts auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung der Verlust oder die Minderung der **abstrakten Fähigkeit** zum Erwerb entschädigt werden; auf die dadurch herbeigeführte Erwerbseinbuße wird nur begrenzte Rücksicht genommen. Da die RVO. bzw. die Unfallversicherungsgesetze in erster Linie Fürsorgegesetze für unselbständige Handarbeiter und untergeordnete Betriebsbeamte sind, wird in der Regel allerdings die Verminderung der Arbeitsfähigkeit auch einen entsprechenden Erwerbsverlust unvermeidlich nach sich ziehen. Dennoch sind Fälle möglich, daß auf Grund der RVO. dem Versicherten Entschädigungen gezahlt werden, die die tatsächliche Erwerbseinbuße im Sinne des § 843 BGB. übersteigen. In diesen Fällen hat der Versicherungsträger ein Rückgriffsrecht nur in Höhe des dem Versicherten nach Maßgabe des § 843 BGB. zu ersetzenden Schadens.

Ferner kommt in Betracht, daß die auf Grund der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung dem Versicherten zu zahlenden Renten in der Regel lebenslängliche sind. Dies gilt insbesondere für den Fall, daß volle Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Der Schädiger hingegen ist dem Verletzten nur für die Zeit, für die er voraussichtlich noch erwerbsfähig gewesen sein würde, und nur nach Maßgabe des voraussichtlichen künftigen Jahresverdienstes des Verletzten schadenersatzpflichtig. Insbesondere ist hier die Rente nur bis zu dem Zeitpunkte zu gewähren, wo der mit dem Alter verbundene Niedergang der Kräfte dem körperlichen Leistungsvermögen ohnedies das Ziel gesteckt hätte (RG. in Jur.

Wochenschr. 1910 S. 65). Diesen Gesichtspunkt muß der Versicherungsträger gegen sich gelten lassen, obwohl er ihn bei der Feststellung seiner Leistungen nicht berücksichtigen darf (RG. in „Recht" 1908 Ziff. 1905; RG. in Jur. Wochenschr. 1910 S. 471).

Im übrigen aber geht der Anspruch auf den Versicherungsträger in voller Höhe seiner Leistungen über, und zwar auch dann, wenn dem Versicherten etwa auf Grund des § 254 BGB. wegen mitwirkenden Verschuldens nur teilweiser Ersatz des Schadens zustehen sollte. Der Versicherungsträger kann nicht etwa auch nur Ersatz seiner Aufwendungen in dem gleichen Verhältnis verlangen. Denn das bei der Entstehung des Schadens mitwirkende eigene Verschulden hat dem Versicherten nicht einen zunächst entstandenen Anspruch zum Teil wieder genommen, sondern hat von Anfang an einen Ersatzanspruch nur innerhalb der Grenzen des § 254 BGB. entstehen lassen. Dieser so begrenzte Anspruch geht dann nach Maßgabe des § 1542 RVO. auf den Versicherungsträger in der Höhe seiner Leistungen über (RG. in Jur. Wochenschr. 1909 S. 471, 1910 S. 44).*)

Von besonderer Bedeutung, namentlich für den schadenersatzpflichtigen Dritten, ist die Frage, in welchem Zeitpunkt die Ansprüche auf den Versicherungsträger übergehen. Diese Frage ist lange Zeit lebhaft umstritten worden und Gegenstand einander widersprechender Entscheidungen der Gerichte gewesen. Selbst das Reichsgericht hat hier an einer einheitlichen Rechtsanschauung nicht festgehalten, wie ein Vergleich der betreffenden Entscheidungen der verschiedenen Zivilsenate zeigt (Bd. 24 S. 126, Bd. 28 S. 92, Bd. 55 S. 385, Bd. 60 S. 200, Bd. 61 S. 164). Bedenken mußte insbesondere die Rechtsauffassung erregen, daß der Rechtsübergang davon abhängig zu machen sei, daß die Entschädigungspflicht des Versicherungsträgers feststehe, oder daß der Versicherungsträger schon geleistet haben müsse. Denn diese Auffassung schützte nicht nur den gutgläubigen, sondern auch den schlechtgläubigen Schuldner; auch wurde dadurch in vielen Fällen eine vom Gesetzgeber nicht gewollte doppelte Entschädigung des Verletzten ermöglicht. Durch die Fassung des § 1542 dürfte diese Streitfrage, die ihre Ursache mit in dem verschiedenartigen Wortlaut der einschlägigen Bestimmungen der früheren Arbeiterversicherungsgesetze hatte, nunmehr im Sinne der neueren Entscheidungen des RG. in Bd. 60 S. 200, Bd. 61 S. 164 beigelegt sein, die den Zeitpunkt des Übergangs der Forderung des Geschädigten gegen den Dritten auf den Versicherungsträger auf die Entstehung der Forderung zurückverlegen, dabei aber daran festhalten, daß ein wirklicher Rechtsübergang stattfindet, die Forderung also zunächst in der Person des Geschädigten zur Entstehung gelangt und durch diese hindurch, indem die Entstehung und der Übergang sich zeitlich berühren, auf den Versicherungsträger übergeht. Durch diese Auffassung wird den Interessen sämtlicher Beteiligten am besten und gerechtesten gedient. Denn obwohl hiernach der Geschädigte im Verhältnis zum Versicherungsträger in keinem Augenblick in der Lage ist, über die Forderung zu verfügen, müssen für das Verhältnis des haftpflichtigen Dritten zum Geschädigten, als dem ursprünglichen Gläubiger, doch die Bestimmungen über die Übertragung von Forderungen (§§ 407, 412 BGB.) zur Anwendung kommen. Dies hat zur Folge, daß der haftpflichtige Dritte, der ohne Kenntnis von der Fürsorgepflicht des Versicherungsträgers und der durch sie bedingten Rechtsübertragung in gutem Glauben an den Geschädigten als den ursprünglichen Gläubiger zahlt oder mit ihm einen vorbehaltlosen Vergleich abschließt, vor der Gefahr gesichert wird, noch einmal zahlen zu müssen. Andererseits wird durch diese Auffassung aber auch **nur** der **gut**gläubige

*) Anmerkung der Schriftleitung: Zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 62 S. 145, 148. — Gegen diese und andere im gleichen Sinne ergangene Entscheidungen (vgl. besonders auch Hanseat. Oberlandesger. in ArbVers. 1910 S. 624) sind sehr beachtliche Einwendungen erhoben von Wehmann in MonSchr. für Arb. u. Angest. Vers. 1914 Sp. 158 ff.

Rechtsverkehr geschützt, und der Dritte, der um den Rechtsübergang wußte, wird durch seine Zahlung oder ein sonstiges mit dem Geschädigten abgeschlossenes Rechtsgeschäft nicht befreit. Dabei ist als Kenntnis nicht etwa nur die sichere Kenntnis in dem Sinne zu verstehen, daß die Möglichkeit irgendeines Zweifels als ausgeschlossen zu gelten hat (RG. in Jur. Wochenschr. 1910 S. 937); auch das Nichtwissen aus Fahrlässigkeit kommt dem Dritten nicht zugute. In diesem Zusammenhang ist eine Entscheidung des RG. vom 23. 11. 1911 (Jur. Wochenschr. 1912 S. 154) von Bedeutung, wodurch die Revision einer Stadtgemeinde mit der Begründung zurückgewiesen worden ist, daß bereits aus der Tatsache, daß ein Arbeiter, der in Diensten einer Brauerei stand, bei einer Fahrt mit einem Bierwagen dieser Brauerei verletzt wurde, mit genügender Sicherheit auf einen Betriebsunfall zu schließen sei, und daß, wenn ein solcher vorlag, die Beklagte auch mit der Möglichkeit rechnen mußte, daß dem Verletzten ein Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft erwachsen und der Anspruch im Umfang der Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft auf diese übergegangen sei, sowie daß diese Tatsachen ausreichen, den guten Glauben der Beklagten, wie ihn die §§ 412, 407 BGB. für die Wirksamkeit eines nach der Abtretung einer Forderung zwischen dem Schuldner und dem bisherigen Gläubiger vorgenommenen Rechtsgeschäfts fordern, als ausgeschlossen erscheinen zu lassen. Ob die berufenen Vertreter der Beklagten sich dieser Rechtsfolgen bei Abschluß des Vergleichs bewußt gewesen seien, sei unerheblich, ebenso, ob der Verletzte damals bereits Ansprüche bei der Berufsgenossenschaft erhoben hätte und die Vertreter der Beklagten dies gewußt hätten.

Der hinter dem haftpflichtigen Schädiger stehende Haftpflichtversicherer wird also beim Abschluß eines Vergleichs mit dem Verletzten ganz besonders vorsichtig sein, sich vor allem aber über die Entschädigungsverpflichtung der öffentlichen Versicherungsträger unterrichten müssen. In dem Bestreben, die Angelegenheit möglichst schnell aus der Welt zu schaffen, darf sich der Haftpflichtversicherer auch nicht zu dem früher bisweilen beliebten und von einzelnen Berufsgenossenschaften geduldeten Verfahren verleiten lassen, den Verletzten gegen Zahlung einer einmaligen Abfindung auf seine Versicherungsansprüche dem öffentlichen Versicherungsträger gegenüber verzichten zu lassen. Denn es ist unzulässig und rechtsunwirksam, daß der Rentenberechtigte schlechthin auf die Festsetzung der auf staatlicher Fürsorge beruhenden Unfallrente verzichtet. Die Festsetzung der Unfallentschädigung beruht auf öffentlichem Recht und erfolgt durch die vom Staat dazu bestimmten Organe auch ohne Erhebung eines Anspruchs von Amts wegen (Entsch. d. RVA. vom 14. 11. 1907, 17. 1. 1908, Breithaupt, „Die Rechtsprechung des RVA." S. 424). Für den Übergang der Ansprüche auf den Versicherungsträger ist es auch unerheblich, ob der Verletzte die ihm von der Berufsgenossenschaft zugebilligte Rente annimmt oder nicht (Entsch. d. RVA. vom 28. 10. 1901 a. a. O. S. 423). Die Versicherungsansprüche des Berechtigten erfreuen sich hinsichtlich Übertragung und Pfändung eines weitgehenden Schutzes; nach § 119 Abs. 2 RVO. darf der Berechtigte, von besonderen hier nicht interessierenden Fällen abgesehen, den Anspruch nur mit Genehmigung des Versicherungsamts übertragen. Wenn hiernach auch die Möglichkeit gegeben ist, den Verletzten abzufinden und sich gegen Zahlung der Abfindungssumme dessen Ansprüche an den Versicherungsträger übertragen zu lassen, so wird doch das Einverständnis des Versicherungsamts nur sehr selten zu erlangen sein. Denn bei der Prüfung der Zweckmäßigkeit einer Übertragung wird das Versicherungsamt vor allem auf die Festsetzung einer einen Vergleich schließlich in Frage stellenden ausreichenden Entschädigungssumme bedacht sein, wenn es sich nicht einer Kapitalabfindung schon aus der bloßen Erwägung heraus widersetzen wird, daß aus in der Person des

Verletzten liegenden Gründen nicht genügende Sicherheit für eine die Zukunft des Verletzten sicherstellende Verwendung des Kapitals gegeben ist. Denn wenn auch ein Kapital in den Händen einer geschäftsgewandten Person zu einem einer entsprechenden Rente mindestens gleichwertigen Erträgnis führen wird, so ist doch zu berücksichtigen, daß es den Angehörigen der unter die Reichsversicherungsordnung fallenden Kreise durchweg an der erforderlichen geschäftlichen Erfahrung und Umsicht fehlen wird. Läßt doch auch der Gesetzgeber eine Kapitalabfindung zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Verletzten nur für geringe Unfallrenten (1/5 oder weniger der Vollrente) zu, wobei die Abfindung in das Ermessen der Berufsgenossenschaft bzw. des Versicherungsamts gestellt ist, ohne daß also dem Verletzten ein Anspruch auf Kapitalabfindung gegeben ist (§ 616 RVO.). Nicht ausgeschlossen wird es dagegen sein, daß das Versicherungsamt sein Einverständnis zu der Übertragung beispielsweise dann geben wird, wenn dem Verletzten durch die Abfindungssumme die Möglichkeit gegeben ist, sich in ein Alters- oder Krüppelheim einzukaufen, und eine Verwendung der Abfindungssumme in dieser Weise sichergestellt ist.

Auf das Maß des Ersatzes für Krankenpflege usw. ist § 1503 RVO. entsprechend anzuwenden. Dieser, der sich unmittelbar nur auf das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Unfallversicherung bezieht, bestimmt, daß für derartige Aufwendungen drei Achtel des Grundlohnes zu ersetzen sind, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt. Eine ähnliche Bestimmung enthielten die einschlägigen Paragraphen des früheren Krankenversicherungsgesetzes und der Unfallversicherungsgesetze, jedoch mit der Erweiterung, daß, sofern höhere Aufwendungen nachgewiesen würden, diese zu ersetzen seien. Durch die Festsetzung eines Mindestbetrages sollte die Notwendigkeit einer Einzelberechnung vermieden werden. Durch § 1503 RVO. ist nunmehr eine noch weitere Vereinfachung eingetreten, insofern, als für alle Fälle ein Pauschsatz eingeführt worden ist. Ob indes § 1503 auch im Rahmen des § 1542 RVO. bedingungslos anzuwenden ist, mag immerhin fraglich erscheinen. Jedenfalls wird man in dieser Hinsicht den Ausführungen des Landgerichts Elberfeld in seinem Urteil vom 12. 4. 1917 eine gewisse Berechtigung nicht absprechen können. Da das Urteil bisher nicht veröffentlicht worden ist, sei seine Begründung, soweit sie hier interessiert, nachstehend wiedergegeben:

Es handelt sich im vorliegenden Falle um die Entscheidung der Frage, ob die Krankenkassen von dem auf Grund der Bestimmungen über die unerlaubten Handlungen schadensersatzpflichtigen Dritten nach Maßgabe des § 1503 der Reichsversicherungsordnung im Regreßwege Schadenersatz beanspruchen können, und ob demgemäß die Krankenkassen auch ohne Nachweis der tatsächlich erfolgten Lieferungen als Ersatz für Krankenpflege 3/8 des Grundlohns in Rechnung stellen können. § 1503 RVO. findet keine unmittelbare Anwendung, weil diese Bestimmung sich nur auf das Verhältnis zwischen der Krankenkasse und dem Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung (§ 1501) bezieht. Es fragt sich aber, ob nicht wenigstens eine entsprechende Anwendung des § 1503 a. a. O. dazu führt, der Krankenkasse einen Anspruch auf Ersatz der 3/8 des Grundlohns zu gewähren. Die Frage ist jedoch zu verneinen. Die Verpflichtung des auf Grund unmittelbarer Handlungen Schadenersatzpflichtigen beruht allein auf dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Die Reichsversicherungsordnung hat hierüber keine Bestimmungen treffen wollen und auch nicht treffen können. Der Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz der den Verletzten gewährten Leistungen entsteht zwar unmittelbar einer Krankenkasse und ohne Rücksicht darauf, ob sie dem Versicherten Leistungen bereits gewährt hat (RG. 60 S. 200, Jur. Wochenschr. 1908 S. 21). Der Anspruch ist aber ein abgeleiteter: Er kann nicht weiter gehen als der dem Versicherten gegen den Beschädiger auf Grund der Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches zustehende Anspruch. Wenn im § 1542 Abs. 2 RVO. gesagt ist, daß auf das Maß des Ersatzes für Krankenpflege und Krankenhauspflege, sowie für die Krankenbehandlung und Heilanstaltspflege § 1503 entsprechend anwendbar sei, so kann diese Bestimmung daher nur besagen, daß nicht über diese Verpflichtungen hinaus der Beschädiger von der Krankenkasse herangezogen werden kann. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Juni 1915 S. 736 der Zeitschrift „Die Arbeiterversorgung" kann die Klägerin nicht für sich verwerten, weil diese Entscheidung sich auf das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Armenverband und die in diesem Zusammenhang bestehende Vorschrift des § 1531 RVO. bezieht, die hier nicht anwendbar ist. Die Krankenkasse kann daher die dem Verletzten zustehenden Schadenersatzansprüche wohl innerhalb der Grenzen des § 1503 RVO. als Maximalbetrag geltend machen, sie wird aber durch diese Bestimmung von dem Nachweis des Schadens nicht entbunden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Rechnungsnachweisungen der Krankenkassen für 1918.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 7. Dezember 1917 (HMBl. S. 381).

In Übereinstimmung mit dem Herrn Reichskanzler genehmige ich, daß die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen auch für das Jahr 1918 an Stelle der nach § 30 der Bekanntmachung vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich S. 1009) vorgesehenen Nachweisungen lediglich den Rechnungsabschluß, die Vermögensnachweisung und die Mitgliedernachweisung — Muster 1, 2, 3a und 3b — einreichen.

Ich ersuche, durch die Versicherungsämter die Krankenkassen von der vereinfachten Berichterstattung auch für das Jahr 1918 in Kenntnis zu setzen.

Zur Anwendung des § 197 RVO. bei der Kriegswochenhilfe.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Berlin-Wilmersdorf** vom 8. Dezember 1917 (StrL. 148/17).

In einer Streitsache forderte eine Ortskrankenkasse wegen ihrer Leistungen an Wochenhilfe anteilige Erstattung von einer Betriebskrankenkasse auf Grund des § 197 RVO. und des § 9 der Bek. v. 28. 1. 15 über Krankenvers. und Wochenhilfe während des Krieges. Bei Anwendung des Grundsatzes, daß die Erstattungspflicht nicht weiter reichen kann, als die eigene Leistungspflicht der erstattungspflichtigen Kasse gegenüber der Wöchnerin gereicht hätte (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 197; Entsch. des RVA. 2146, Amtl. Nachr. 1916 S. 350), gelangte man im gegebenen Falle zu einem verschiedenen Ergebnis, je nachdem man bei der Berechnung entweder die Gesamtleistungen an Wochenhilfe oder jede einzelne Art der Wochenhilfe (im vorliegenden Falle: Wochengeld und Entbindungsbeitrag) in Betracht zog. Das Versicherungsamt legte seiner Entscheidung die zweite Berechnungsart zugrunde und begründete dies, wie folgt:

Nach § 197 RVO. haben die Krankenkassen, bei denen die Wöchnerin während des letzten Jahres vor der Entbindung versichert gewesen ist, der leistungspflichtigen Kasse den Betrag des Wochengeldes nach Verhältnis der Mitgliedschaft zu erstatten. Dieselbe Bestimmung trifft § 9 der Bundesratsbekanntmachung vom 28. Januar 1915 bezüglich der Leistungen auf Grund der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914. Darunter fallen in dem hier vorliegenden Streit die 25 M einmaliger Beitrag zu den Kosten der Entbindung.

Diese beiden Vorschriften über die Erstattungspflicht beruhen auf ganz verschiedenen gesetzlichen Grundlagen. Sie betreffen auch zwei ganz verschiedene Leistungen, die eine, das Wochengeld, ist eine laufende, wochenweis zahlbare, deren Höhe sich nach der Krankenkassenstufe richtet, sie besteht schon seit langer Zeit; die andere, die erst während des Krieges eingeführt ist, ist eine einmalige Zahlung, deren Höhe für alle Wöchnerinnen gleich ist. Es ist daher nicht angängig, bei der Errechnung des zu erstattenden Betrages diese beiden so verschiedenartigen Leistungen zusammenzufassen; vielmehr ist die Verteilung auf die einzelnen verpflichteten Kassen für jede Wochenhilfeart für sich vorzunehmen. Die Zusammenfassung beider Leistungen würde auch zu der unbilligen Folge führen, daß die Höchstgrenze für die Erstattung des Wochengeldes durch Hinzurechnung der 25 M zu hoch hinaufgerückt würde.

Anmerkung: Wir halten die Entscheidung für irrig. Bei der durch § 9 der Bek. v. 28. 1. 15 gebotenen entsprechenden Anwendung des die Erstattung von Wochengeld betreffenden § 197 RVO. auf „alle übrigen Leistungen an Wochenhilfe" ist dieser § 197 wie folgt zu lesen: „Ist die Wöchnerin während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen . . . versichert gewesen, so haben die anderen der leistungspflichtigen Kasse für die Leistungen an Wochenhilfe auf Verlangen den Betrag dieser Leistungen nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten." Die Gesamtleistungen treten also an Stelle des im § 197 RVO. allein erwähnten Wochengeldes. Nichts spricht für die der Entscheidung des Versicherungsamts zugrunde liegende gesonderte Berechnung für jede einzelne Leistung. Zu vgl. Entsch. des Versicherungsamts der Stadt Berlin in ArbVers. 1916 S. 807.

Wird die Beitragspflicht des Arbeitgebers dadurch berührt, daß die Ersatzkasse die Anzeige vom Ausschluß eines Mitgliedes nach § 521 RVO. versäumt?

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 6. Oktober 1917 (2396 Amtl. Nachr. 1917 S. 611).

Der Handlungsgehilfe K. in B. war vom 1. April 1914 bis zum 26. Mai 1915 bei der Firma Gebrüder S. in B. beschäftigt. Bei Eintritt in diese Beschäftigung war er Mitglied der Ersatzkasse D. H. in L. und wies auch der Arbeitgeberin seine Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse durch Vorlegung einer Bescheinigung der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt B. nach, bei der er das Ruhen seiner Rechte und Pflichten gemäß § 517 Abs. 1 der RVO. beantragt hatte. Die Ersatzkasse schloß jedoch K. mit Wirkung vom 31. Mai 1914 von der Mitgliedschaft bei ihr aus. Mit seinen Beiträgen war er nämlich im Rückstand geblieben. Der Ausschluß erfolgte durch Er-

klärung vom 11. Juni 1914 und wurde an diesem Tage mittels eingeschriebenen Briefes an K. abgesandt. Entgegen der Verpflichtung aus § 521 Abs. 1 RVO. zeigte die Ersatzkasse den Ausschluß dem Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse erst durch Schreiben vom 18. April 1916, also nachdem K. seine Beschäftigung bei Gebrüder S. längst aufgegeben hatte, an. Die Allgemeine Ortskrankenkasse verlangte nun die Zahlung der Beitragsteile des K. für die Zeit vom 1. Juni 1914 bis zum 26. Mai 1915 im Betrage von 52,34 ℳ von der Firma Gebrüder S. Diese erklärte, vom Ausschluß des K. aus der Ersatzkasse erst durch die Ortskrankenkasse Kenntnis erhalten zu haben. Die Ortskrankenkasse zog jedoch den Betrag von 52,34 ℳ von der Firma Gebrüder S. ein, die daraufhin Rückerstattung im Verfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. verlangt hat. Das Versicherungsamt der Stadt B. erkannte, daß der von der Ortskrankenkasse erhobene Betrag zurückzuzahlen sei, weil der Arbeitgeber für die Folgen der Säumnis der Ersatzkasse nicht verantwortlich gemacht werden könne, da er nach den bestehenden gesetzlichen Vorschriften weder verpflichtet noch in der Lage sei, festzustellen, ob die Mitgliedschaft des Arbeitnehmers bei der Ersatzkasse fortdauere und ob demgemäß die Rechte und Pflichten gegenüber der Zwangskasse noch ruhen. Auf die von der Ortskrankenkasse erhobene Beschwerde hat das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) die Sache gemäß §§ 1693, 1799 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben und im Abgabebeschluß unter Hinweis auf eine Auskunft in der ArbVers. 1915 S. 767 Nr. 1 dargelegt, die Pflicht des Arbeitgebers zur Zahlung der vollen Beiträge an die Pflichtkasse folge aus dem Wiederaufleben der Rechte und Pflichten gegenüber dieser Kasse infolge des Ausschlusses aus der Ersatzkasse. Die Pflichtkasse könne sich nur an den Arbeitgeber halten, dieser habe, da die Beiträge ohne sein Verschulden verspätet entrichtet seien, einen Ersatzanspruch an den Arbeitnehmer. Außerdem könne der Arbeitgeber von der Ersatzkasse Schadenersatz verlangen (§ 823 Abs. 2 Bürgerl. Gesetzb.).

Das Reichsversicherungsamt hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Mit dem Oberversicherungsamt ist davon auszugehen, daß nach § 517 Abs. 1 RVO. die Rechte und Pflichten des K. als Mitglied der Ortskrankenkasse nur solange geruht haben, als er Mitglied der Ersatzkasse war. Mit dem Erlöschen der Ersatzkassenmitgliedschaft ging das Versicherungswagnis auf die Ortskrankenkasse über. Auch ist es zutreffend, daß — abgesehen von Sondervorschriften wie z. B. des § 450 Abs. 4, § 453 der RVO. — nicht der Arbeitnehmer, sondern der Arbeitgeber der Schuldner der Krankenkasse hinsichtlich der vollen Beiträge ist (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 66 S. 77; Hoffmann, Kommentar 5. Aufl. Anm. 4 zu § 393, Anm. 4 zu § 394 RVO.) und daß demgemäß das Fortbestehen des Beschäftigungsverhältnisses des Versicherten für die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Zahlung der vollen Beiträge regelmäßig bedeutungslos ist (zu vgl. die Entsch. 2327, Amtl. Nachr. 1917 S. 396). Gleichwohl wäre es unbillig, in Fällen wie dem vorliegenden den Arbeitgeber für die vollen Beiträge haften zu lassen. Das Gesetz begründet weder eine Rechtspflicht für den Arbeitgeber, das Fortbestehen der Mitgliedschaft des Arbeitnehmers bei der Ersatzkasse festzustellen, noch gibt es ihm die Möglichkeit hierzu, da er nach § 519 Abs. 3 RVO. Auskunft nur darüber verlangen kann, ob die Rechte und Pflichten des Versicherungspflichtigen ruhen, nicht aber darüber, welcher Ersatzkasse er angehört. Ist aber, wie es vorliegend der Fall war, die Pflichtkasse selbst über das Fortbestehen der Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse nicht unterrichtet, so kann auch der Arbeitgeber von ihr nicht zuverlässige Auskunft erhalten. Ob diese Erwägungen allein schon hinreichen, den Arbeitgeber von der Haftung für die Arbeitnehmerbeitragsteile zu befreien, kann hier dahingestellt bleiben. Es sei nur darauf hingewiesen, daß danach die Krankenkasse sich an den Arbeitgeber auch in dem Falle nicht halten könnte, in dem die Ersatzkasse die Anzeige aus § 521 RVO. innerhalb der gesetzlichen Frist gemacht, gleichwohl aber die Krankenkasse erst nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses vom Erlöschen der Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse Kenntnis erhalten hat. Im zur Erörterung stehenden Falle ist entscheidend, daß die Umstände, die die Haftung des Arbeitgebers begründen sollen, nicht nur außerhalb seines Tuns und Lassens liegen, sondern auf ein Verschulden der Ersatzkasse wie auch der Pflichtkasse zurückzuführen sind. Die Ersatzkasse hat die Anzeige aus § 521 RVO. etwa 1¾ Jahre zu spät gemacht, und die Krankenkasse ist ebenfalls in der Behandlung der Angelegenheit säumig gewesen. Denn sie hat die Vierfünftelbeitragsteile nach § 518 RVO. um mehr als ein Jahr zu spät abgeführt (Bekanntm. vom 14. Mai 1914 zu Nr. 1). Wenngleich hierdurch die Ersatzkasse nicht entlastet wird, so liegt doch die Annahme nahe, daß die Anzeige aus § 521 RVO. erheblich früher, und zwar noch während der Beschäftigungszeit des K. bei der Firma Gebrüder S. erfolgt wäre, wenn die Vierfünftelbeitragsteile rechtzeitig abgeführt worden wären. Dafür spricht, daß die im März 1916 geschehene Abführung der Beitragsteile anscheinend den Anstoß zu der im April 1916 gemachten Anzeige der Ersatzkasse aus § 521 RVO. gegeben hat. Bereits die Entscheidung 2327 a. a. O. hat dem Arbeitgeber gegenüber der Zahlungsforderung der Krankenkasse die Einrede eigenen Verschuldens der Kasse nicht versagt. Hier steht zwar nicht das Verschulden der die Beiträge fordernden Kasse, sondern das der Ersatzkasse im Vordergrunde. Immerhin handelt es sich um das Verschulden eines der Krankenkasse in gewissen Beziehungen gleichgestellten Versicherungsträgers, dem bestimmte gesetzliche Pflichten auferlegt sind, um Rechtsnachteile der hier in Rede stehenden Art für die Beteiligten zu vermeiden. Das Verschulden der Krankenkasse kommt als mitwirkendes hinzu. In solchem Falle wäre es unbillig und würde es den Grundsätzen von Treu und Glauben widersprechen, wenn man den Arbeit-

geber mit den Folgen des Verschuldens der Versicherungsträger belasten und ihn auf den mit Weitläufigkeiten und Kosten verbundenen Rückgriff gegen die Ersatzkasse aus § 823 Abs. 2 Bürgerl. Gesetzb. verweisen wollte, ganz abgesehen von der Frage, ob § 521 RVO. als ein auch den Schutz des Arbeitgebers bezweckendes Gesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 Bürgerl. Gesetzb. angesehen werden kann. Die Verweisung auf den Zivilprozeß würde kaum dem Willen des Gesetzgebers entsprechen, der bei Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ersatzkassen die vielgestaltigen Fälle des praktischen Lebens nicht erschöpfend zu berücksichtigen vermochte. Hiernach kann die Forderung der Krankenkasse auf die Beitragsteile des K. nicht für berechtigt erachtet werden. Dabei sei bemerkt, daß auch abgesehen von der hier vertretenen Rechtsauffassung die Beitragsforderung in der von der Krankenkasse gelten gemachten Höhe schon deshalb nicht begründet wäre, weil der Ausschluß des K. aus der Ersatzkasse nicht schon vom 31. Mai 1914, sondern als einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung im Sinne des § 130 Abs. 1 Bürgerl. Gesetzb. erst mit dem Zeitpunkt wirksam geworden ist, in dem sie dem Ausgeschlossenen zuging (zu vgl. Entsch. 2322, Amtl. Nachr. 1917 S. 390). Der Anspruch der Firma Gebrüder S. auf Rückzahlung der Beitragsteile in Höhe von 53,34 ℳ ist begründet.

B. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung.

Vom 17. Januar 1918 (RGBl. S. 31).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Verletzten, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente beziehen, wird für die Zeit bis zum 31. Dezember 1918 auf Antrag eine monatliche, im voraus zahlbare Zulage von 8 ℳ zu ihrer Rente gewährt, sofern die Verletzten sich im Inland aufhalten und nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird.

§ 2. — Der Antrag ist an den Versicherungsträger oder an ein Versicherungsamt zu richten. Das Versicherungsamt gibt den Antrag unverzüglich an den Versicherungsträger ab und teilt ihm den Tag des Einganges mit.

§ 3. — Der Versicherungsträger entscheidet schriftlich. Bei völliger oder teilweiser Ablehnung des Antrags sind die Gründe mitzuteilen.

Gegen die Entscheidung des Versicherungsträgers ist binnen einem Monat nach Zustellung Einspruch an das Oberversicherungsamt (Spruchkammer) zulässig. Über den Einspruch entscheidet dasjenige Oberversicherungsamt, das zu entscheiden hätte, wenn es sich um eine Berufung gegen einen Endbescheid des Versicherungsträgers handeln würde.

Das Oberversicherungsamt entscheidet endgültig.

Für Spruchsachen aus dieser Verordnung ist ein Pauschbetrag an das Oberversicherungsamt nicht zu entrichten.

§ 4. — Ist ein Antrag endgültig abgelehnt worden, weil die Voraussetzungen des § 1 nicht vorlagen, so kann der Antrag nur wiederholt werden, wenn glaubhaft bescheinigt wird, daß inzwischen Umstände eingetreten sind, welche die Gewährung der Zulage rechtfertigen.

§ 5. — Die Zulage wird nur für volle Kalendermonate und nicht länger als drei Monate rückwärts, gerechnet vom Beginne des Monats, in welchem der Antrag eingegangen ist, gewährt. Die Zulage fällt weg, wenn die Rente ruht, oder wenn der Verletzte sich gewöhnlich im Ausland aufhält, oder wenn er nicht mehr eine Rente in der im § 1 angegebenen Höhe bezieht.

§ 6. — Die Zulage wird dem Berechtigten auf Anweisung des Versicherungsträgers vorschußweise durch die für die Rentenzahlung zuständige Postanstalt gegen Quittung ausgezahlt. Die Zahlstelle wird dem Berechtigten von dem Versicherungsträger mitgeteilt.

§ 7. — Jede Person, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen, ist befugt, die bei den Zahlungen erforderlichen Bescheinigungen zu beglaubigen.

§ 8. — Die obersten Postbehörden weisen binnen acht Wochen nach dem 31. Dezember 1918 den Versicherungsträgern die für sie geleisteten Zahlungen an Zulagen nach und bezeichnen die Postkassen, an die sie zu erstatten sind.

Die nach dem 31. Dezember 1918 von der Post geleisteten Zahlungen sind bei den Nachweisungen nach § 777 Abs. 1 der RVO. zu berücksichtigen.

§ 9. — Der Versicherungsträger hat den zu erstattenden Betrag binnen drei Monaten nach Empfang des Forderungsnachweises an die bezeichnete Postkasse abzuführen.

Auf Antrag des Genossenschaftsvorstandes kann der Bundesrat nach Anhörung des Reichsversicherungsamts (Landesversicherungsamts) die Frist für die Erstattung um höchstens zehn Jahre verlängern. Die §§ 781, 782 und die entsprechenden Vorschriften der §§ 1028, 1185 der RVO. gelten auch hier.

§ 10. — Die Genossenschaften haben die Mittel für die Erstattung der Zulagen in gleicher Weise wie die Mittel für ihre übrigen Leistungen aufzubringen.

§ 11. — Das Reichsversicherungsamt trifft die erforderlichen Bestimmungen zur Durchführung dieser Verordnung und über das Verfahren.

§ 12. — Diese Verordnung tritt mit dem 1. Februar 1918 in Kraft.

Keine Aussetzung des Verfahrens vor dem ordentlichen Gericht (§ 901 RVO.), wenn eine Entscheidung der Versicherungsinstanzen ausgeschlossen ist.

Urteil des **Reichsgerichts** vom 3. Oktober 1917 (VI 185/17).

Der Landwirt B. in B. verunglückte bei dem Sägemühlenbesitzer Sch. in S. bei W. a. L., indem er beim Abladen herangefahrenen Holzes half und dabei mit dem Fuße in eine Transmissionswelle geriet, welche mit einer, jedoch nicht vernagelten, Bohle zugedeckt war. Nachdem er für den Unfall von seiner, der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, eine monatliche Rente von 5,50 *M* zugesprochen erhalten hatte, nahm er den S. noch im Klagewege auf Ersatz eines weiteren Schadens in Anspruch mit der Behauptung, den letzteren treffe wegen Nichtannagelns des über der Bohle befindlichen Brettes ein Verschulden. Sowohl das Landgericht wie das Oberlandesgericht gaben der Klage dem Grunde nach statt und das Reichsgericht bestätigte die Vorentscheidungen aus folgenden Gründen:

Das Berufungsgericht ist zu dem Ergebnis gelangt, daß kein gewerblicher, im Betriebe des Beklagten vorgekommener Unfall vorliege. Hierzu rügt die Revision, daß das Gericht nach dem anzuwendenden § 901 RVO. nicht befugt gewesen sei, über das Dasein eines Betriebsunfalls zu entscheiden, daß es vielmehr sein Verfahren so lange auszusetzen habe, bis eine Entscheidung gemäß der Reichsversicherungsordnung ergangen sei. Die Rüge erscheint nicht begründet. Unstreitig hat die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft dem Kläger eine Rente zugebilligt und damit einen in ihren Versicherungsbereich fallenden Unfall anerkannt. Es hat aber auch bei der Baugewerks-Berufgenossenschaft ein Verfahren auf Veranlassung des Beklagten stattgefunden, in dem ein Entschädigungsanspruch des jetzigen Klägers gegen diese Berufsgenossenschaft abgelehnt wurde, weil der jetzige Beklagte als Betriebsunternehmer nicht berechtigt sei, an Stelle des Verletzten den Anspruch auf Unfallrente zu betreiben. Zu einer sachlichen Entscheidung der nach § 901 Abs. 1 RVO. erheblichen Fragen ist es mithin nicht gekommen. Es erscheint aber auch ausgeschlossen, daß eine solche noch erfolgen werde, denn der Beklagte kann sie, wie rechtskräftig feststeht, nicht herbeiführen und der Kläger hat es abgelehnt, einen Entschädigungsanspruch bei der Baugewerks-Berufsgenossenschaft geltend zu machen. Er ist hierzu auch nicht verpflichtet. Im vorliegenden Falle ist ferner der Kläger lediglich aus Gefälligkeit gegen einen Zeugen beim Holzabladen tätig geworden und auch nicht einmal vorübergehend in irgendein Unterordnungsverhältnis zu dem Beklagten und dessen Betrieb getreten, wie das Berufungsgericht besonders hervorhebt. Hiernach kann der Beklagte den Kläger wegen seiner Entschädigungsforderung nicht an die Baugewerks-Berufsgenossenschaft verweisen, sondern haftet ihm auf Schadenersatz, soweit dieser Anspruch nicht auf die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft übergegangen ist, vorausgesetzt, daß ihm ein ursächliches Verschulden an dem Unfalle zur Last fällt. Letzteres aber hat der Vorderrichter ausreichend festgestellt. („Kompaß" 1917 S. 189.)

C. Zur Angestelltenversicherung.

Rechtskraftwirkung einer Entscheidung über die Versicherungspflicht eines Beschäftigungsverhältnisses.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 9. Juni 1917 (P. 266/16).

Berta F. ist bei der Pulverfabrik in S. als Telephonistin angestellt. Über ihre Versicherungspflicht hatte das Oberschiedsgericht durch den Beschluß vom 19. Mai 1915 — P. 5/15 — entschieden. Der Entscheidung lag die tatsächliche Feststellung zugrunde, daß die Angestellte neben der Bedienung des Telephons ein listenartig eingerichtetes Tagebuch über die von ihr vermittelten Ferngespräche zu führen hatte. Diese Tätigkeit wurde als Registraturarbeit und daher nicht als lediglich mechanische Dienstleistung angesehen. Dabei blieb dahingestellt, ob die übrigen Arbeiten der F. als rein mechanische Dienstleistungen zu betrachten waren oder nicht. Die Arbeitgeberin der F. hat nun einen neuen Antrag auf Entscheidung über die Versicherungspflicht gestellt und den Antrag damit begründet, daß vom 13. Juli 1915 ab die Beschäftigung der F. hinsichtlich der Führung des Tagebuchs für Ferngespräche eine Änderung erfahren habe. An Stelle des Tagebuchs wird von der Telephonistin ein Durchschreibeheft ohne Spalten verwendet. Sie schreibt das eingehende Gespräch einschließlich der Angaben über Zeit des Eingangs, Absender usw. hintereinander auf, trennt die eine Druckschrift ab und gibt sie als Eingang weiter. Abgehende Ferngespräche schreibt sie nach der Urschrift mit der Angabe der Abgangszeit in ein Abgangsbuch ein.

Der Rentenausschuß hat angenommen, daß die Art der Beschäftigung, über die im früheren Verfahren entschieden worden ist, im Endergebnis keine Änderung erfahren habe, und daß somit die Entscheidung des Oberschiedsgerichts auf Grund ihrer Rechtskraftwirkung für das Dienstverhältnis der Angestellten noch weiter Geltung behalte. Er hat daher den Antrag als unzulässig zurückgewiesen.

Die hiergegen erhobene Beschwerde der Arbeitgeberin ist, auf deren Antrag, vom Schiedsgericht an das Oberschiedsgericht abgegeben worden. Dieses hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung hat das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsprechung angenommen, daß die bindende Kraft der im Verfahren gemäß § 155 InvVersGes. (§ 1459 RVO.) ergangenen Entscheidungen sich nur auf das einzelne Beschäftigungsverhältnis erstreckt, das den Gegenstand des Streites gebildet hat (Rev.-Entsch. 206 Amtl. Nachschr. 1893 S. 48), daß sie aber nicht neue, selbst gleichartige Beschäftigungsverhältnisse derselben Personen trifft. Allerdings reicht nicht jede Änderung in den Beschäftigungsbedingungen aus, so insbesondere nicht bezüglich der Art und des Maßes der Arbeitsleistung, der Art und Höhe des Entgelts, des Ortes der Tätigkeit, der Beaufsichtigung bei der Arbeit, der Ablieferung des Arbeitserzeugnisses und dergleichen, um die Annahme eines neuen Beschäftigungsverhältnisses zu begründen. Nur wesentliche Änderungen kommen in Betracht. Ob sie vorliegen, ist Tatfrage (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar zum 4. Buche der RVO. 3. Aufl. Anm. 11a zu § 1459 RVO.). Die gleichen Grundsätze müssen auch für das ähnliche Verfahren nach § 210 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gelten (zu vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler, Kommentar, Anm. 6 zu § 210).

Es fragt sich also hier, ob eine wesentliche Änderung in dem Beschäftigungsverhältnis der Berta F. vom 13. Juli 1915 ab eingetreten ist. Dies muß jedoch verneint werden. Zunächst ist Berta F. — hierüber sind sich alle Beteiligten einig — nach wie vor Bureauangestellte im Hauptberufe. Denn sie hat auch seit dem 13. Juli 1915 nicht etwa nur die Telephonzentrale zu bedienen, sondern auch schriftliche Arbeiten in größerem Umfang zu erledigen. Tatsächlich ist das Maß ihrer schriftlichen Arbeiten dasselbe wie früher geblieben, nur die Art dieser Arbeiten hat sich insofern geändert, als an die Stelle des Eintragens in einen mit Spalten versehenen Vordruck jetzt ein Schreiben auf Unterlagen ohne Vordruck getreten ist. Es entfällt nach wie vor auf ihre schriftliche Tätigkeit etwa die Hälfte ihrer Arbeitszeit. Dazu kommt, daß das Schreiben nach Diktat, das in der grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts Nr. 3 (Angestelltenvers. 1914 S. 100) ganz allgemein als nicht rein mechanische Schreibarbeit bezeichnet ist, hier um so weniger als eine mechanische Tätigkeit angesehen werden kann, als das Diktat durch Vermittelung des Telephons bewirkt wird. Denn in diesem Falle, wo der Nachschreibende den Diktierenden nicht sieht und Mißverständnisse erfahrungsgemäß besonders häufig sind, ist für den Nachschreibenden ein ganz besonderes Maß von Aufmerksamkeit und Sorgfalt, ja auch Sachkunde erforderlich, um die Arbeit fehlerfrei zu gestalten. Ferner ist hier die Verantwortung der Telephonistin eine große, denn wie die in den Akten enthaltenen Beispiele zeigen, handelt es sich um wichtige Anordnungen, wie Genehmigungen von Verträgen, Versendung von Kriegsmaterial und dergleichen. Sie muß also, um das Diktat richtig wiederzugeben, auch den Inhalt desselben geistig erfassen. Hiernach ist eine wesentliche Änderung in dem Beschäftigungsverhältnis der Berta F. nicht eingetreten. Dem Antrag der Arbeitgeberin auf eine neue Entscheidung über die Versicherungspflicht gemäß § 210 des Versicherungsgesetzes für Angestellte steht daher die Rechtskraft des Beschlusses des Oberschiedsgerichts vom 19. Mai 1915 entgegen. Demgemäß muß es bei der Entscheidung des Rentenausschusses bewenden.

Sprechsaal.

Amtsenthebung von Mitgliedern der Organe der Versicherungsträger wegen Untauglichkeit.

Hierüber enthalten die von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts herausgegebenen „Monatsblätter für Arbeiterversicherung" (1917 S. 126) Ausführungen, die davon ausgehen, daß die RVO. keine ausdrückliche Vorschrift enthalte, die es ermögliche, einen Gewählten, der wegen seines körperlichen oder geistigen Zustandes zur Führung seines Amtes nicht mehr fähig ist, des Amtes zu entheben (zu vgl. §§ 24, 52 mit §§ 76, 95, 107 Abs. 1 RVO.; auch §§ 120, 138, 154, 161, 164 AngestVersGes.). Der Regel nach werde in solchen Fällen der Kranke vom Amte fernbleiben und sein Stellvertreter für ihn eintreten. Immerhin könne es bei geistigen Erkrankungen vorkommen, daß der Gewählte im Amte verbleiben will, während seine Entfernung aus dem Amte dringend geboten erscheine. Auch an der Amtsenthebung geistig gesunder, aber durch ihren Körperzustand an der Erfüllung ihrer Pflichten gehinderter Mitglieder der Organe der Versicherungsträger oder Beisitzer der Versicherungsbehörden könne ein Interesse bestehen, wenn sie feste Vergütungen beziehen. Es liege auf der Hand, daß es hier ein Mittel der Abhilfe geben müsse, und dies könne nur die Amtsenthebung sein, die eine ordnungsmäßige Prüfung der körperlichen und geistigen Tauglichkeit ermögliche. Wenn Reichsbeamte wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen, die sie zur Erfüllung ihrer Amtspflichten dauernd unfähig machen, in den Ruhestand versetzt werden (Ges. v. 31. 3. 73), so müßten die gleichen Gründe auch für die Amtsenthebung gewählter Mitglieder der Organe der Versicherungsträger und gewählten Beisitzer der Versicherungsbehörden gelten. Von der Amtsenthabung aus solchen Gründen werde nur bei bestehendem öffentlichen Interesse Gebrauch zu machen sein.

Im Ergebnis ist dieser Ausführung unbedingt

zuzustimmen. Die **Begründung** aber könnte bedenklich erscheinen, weil die oben erwähnten Vorschriften des Gesetzes doch wohl auf eine erschöpfende Regelung der Amtsenthebung abzielen. Deshalb möchte es erwünscht erscheinen, wenn auch aus diesen Vorschriften selbst noch eine Stütze der Ansicht entnommen werden könnte, und dies erscheint mindestens insoweit möglich, als es sich um gewählte Mitglieder der Organe der Versicherungs**träger** handelt. Sie sind nach § 24 Abs. 1 RVO. ihres Amtes zu entheben, wenn Tatsachen bekannt werden, die ihre Wählbarkeit oder ihre „Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung" ausschließen. Die für die Versicherungsvertreter bei den Versicherungs**behörden** geltenden entsprechenden Vorschriften (§ 52 mit §§ 76, 95, 107) weichen von dieser Fassung ab, indem sie, statt von der Ausschließung der Vertrauenswürdigkeit, von „grober Verletzung der Amtspflicht" reden. Hiermit verglichen scheint § 24 eine weitergehende Bedeutung zu haben. Denn das Vertrauen, dessen der Gewählte zur ersprießlichen Amtsführung bedarf und das als Voraussetzung seiner Erwählung angesehen werden muß, gründet sich nicht nur auf die sittlichen Eigenschaften des Gewählten, sondern auch auf seine Fähigkeiten, und die „Vertrauenswürdigkeit" erscheint daher nicht nur durch „grobe Verletzung der Amtspflicht", sondern auch durch den Wegfall der zur Amtsführung erforderlichen Fähigkeiten ausgeschlossen, auch wenn der Verlust dieser Fähigkeiten nicht auf einem Verschulden beruht. Mit einer dem entsprechenden Auslegung scheint allerdings die Entstehungsgeschichte des § 24, wie sie in der Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2376 (Amtl. Nachr. 1917 S. 550, ArbVers. 1917 S. 696) dargelegt ist, in Widerspruch zu stehen. Dort ist auch ausgeführt, daß eine sachliche Änderung der früheren Vorschriften nicht beabsichtigt gewesen sei und daß daher angenommen werden müsse, daß auch bei Anwendung des § 24 Abs. 1 nur „grobe" Verletzungen der Amtspflichten den Ausschluß der Vertrauenswürdigkeit zu begründen vermögen. Das ist unzweifelhaft richtig, sofern als Grund der Amtsenthebung überhaupt Pflichtverletzungen in Frage stehen; dann „müssen bestimmte Verfehlungen **schwerwiegender** Natur nachgewiesen sein, aus denen sich die persönliche Unzuverlässigkeit des Gewählten für die Geschäftsführung ergibt". Aber da der Gesetzgeber nun einmal im § 24, abweichend von § 52 und von den älteren Vorschriften, eine Fassung gewählt hat, deren sprachlicher Sinn nicht zur Beschränkung des § 24 auf Fälle schuldhaften Verhaltens nötigt, so kann man aus dieser Vorschrift herleiten, daß der Gewählte auch dann seines Amtes zu entheben ist, wenn sein geistiger oder körperlicher Zustand, seine geistige oder körperliche Untauglichkeit, die Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausschließt.

Geh. Justizrat **Hahn** in Zehlendorf (Berlin).

Die Beglaubigung der Rentenquittungen im Kriege.

Bei der Unfallversicherung, der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wie bei der Angestelltenversicherung ist übereinstimmend angeordnet, daß die Unterschrift unter den im Inland zu leistenden Rentenquittungen zu beglaubigen und daß in gewissen Fällen Lebens- und Witwenstandsbescheinigung zu erteilen ist (Amtl. Nachr. des RVA. 1911 S. 627 fg., 1912 S. 957 fg.). Nur bei einmaligen Zahlungen kann der Versicherungsträger unter erschwerenden formalen Bedingungen darauf verzichten. Zu der Beglaubigung und Bescheinigung ist jede Person befugt, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen (RVO. §§ 727, 1384, AngestVersGes. § 314). Solche Personen sind z. B. Gemeinde-, Guts-, Bezirksvorsteher, Schiedsmänner, Polizeibeamte, Standesbeamte, Schulleiter, Steuereinnehmer, Geistliche. In der Hauptsache werden Gemeindeämter und Polizeiwachen dazu in Anspruch genommen werden.

Unter der Beamtennot dieser wie der anderen in Betracht kommenden Stellen, wie sie der Krieg gezeitigt hat: Verringerung des Personals, Vermehrung der Arbeit, Erschwerung der Arbeitsbedingungen, sind Stimmen laut geworden, die eine Entlastung der Stellen von der Bürde der Beglaubigungen und Bescheinigungen für die Kriegszeit wünschen. Namentlich in Groß- und Mittelstädten mag es als eine unerwünschte allmonatlich wiederkehrende Arbeit unter den gegenwärtigen Verhältnissen empfunden werden. Die Zahl der Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenrentner ist groß und in starker Zunahme begriffen, nur bei der Angestelltenversicherung ist der Kreis der Ruhegeldempfänger erst in der Entstehung als Folge der bekannten Wartezeiten.

Voraussetzung der Erfüllung dieser Wünsche wäre das oberbehördliche Zugeständnis an die Versicherungsträger, in weiterem Umfange wie bisher, auch bei wiederkehrenden Zahlungen und in Erstreckung auf ganze Ortsgebiete oder ganz Deutschland auf allmonatliche Beglaubigung und Bescheinigung der Rentenquittungen verzichten zu dürfen. Halbjährig oder ganzjährig **einmal** erfolgende Beglaubigung und Bescheinigung hätte zu genügen. Die jetzt für Beglaubigungsverzicht vorgesehenen Förmlichkeiten im Verkehr mit der Post hätten zugleich wegzufallen, da andernfalls bei den Postämtern an Arbeit zuwächst, was an anderen Stellen erspart wird, und solcher Zuwachs den schwer belasteten Postbehörden nicht angesonnen werden kann.

Klar ist, daß solche **Kriegs**maßnahme die Gefahr mißbräuchlicher Benutzung der Rentenquittungsvordrucke birgt, daß Zahlungen von unzuständiger Seite in betrügerischer Weise unter Urkundenfälschung erhoben werden. Verantwortung hierfür könnte der Post nicht aufgeladen werden, der Schaden wäre wie schon jetzt bei Beglaubigungsverzicht vom Versicherungsträger zu übernehmen. Wie groß die Belastung der Versicherungsträger aus solchen betrügerischen Rentenentnahmen sein würde, läßt sich auch nicht vermuten. Für alle Fälle, gerade weil es ein Sprung ins Dunkle ist, würde eine ganze oder teilweise Abwälzung dieser Schäden auf Dritte ins Auge zu fassen sein. Sei es, daß das Reich sie vergütet, oder daß durch Versicherung bei Privatversicherungsgesellschaften Deckung dafür genommen wird, oder daß sich die Versicherungsträger selbst zu einem Versicherungsverband für dieses Kriegsrisiko zusammenschließen.

Die erörterten Punkte zeigen schon, daß die Erfüllung des begreiflichen Wunsches nicht so einfach ist wie vielleicht seinen Vätern erschien. Trotzdem verdient er weitere Prüfung und, wenn irgendmöglich, Verwirklichung, falls mit längerer Dauer der gegenwärtigen Personalverhältnisse der Behörden und Beglaubigungsstellen zu rechnen ist.

Professor Dr. iur. **Wörner** in Leipzig.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Versammlung der Landesversicherungsanstalten zu Leipzig am 19. Januar 1918.

Am 19. Januar tagte in Leipzig die Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten, zu der auch die Sonderanstalten und die beiden großen Verbände der gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften Vertreter entsandt hatten, und in der ferner Vertreter des Reichswirtschaftsamts, des Reichsversicherungsamts, des sächsischen Landesversicherungsamts und der Stadt Leipzig erschienen waren, um zu den Bundesratsverordnungen betr. die Gewährung von Rentenzulagen Stellung zu nehmen. Die Berichterstatter Geh. Oberregierungsrat Düttmann-Oldenburg und Landesrat Wimmer-Breslau für die Versicherungsanstalten, Gerichtsassessor a. D. Dr. Ostern-Hannover für die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Geh. Regierungsrat Nötel-Posen für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, führten aus, daß die in den Bundesratsverordnungen versuchte Regelung der bei den gegenwärtigen Teuerungsverhältnissen gebotenen Gewährung von Beihilfen an einen großen Teil der Rentenempfänger der Arbeiterversicherung durchaus unbefriedigend ausgefallen sei, daß es aber weiter ganz ungerechtfertigt sei, mit den Kosten der Maßnahme die Versicherungsträger zu belasten. Auf Grund der Aussprache konnte der an erster Stelle genannte Berichterstatter feststellen, daß alle vertretenen Versicherungsträger in der Sache völlig einig seien. Es wurde dann auch einstimmig die nachstehende Entschließung angenommen:

Die am 19. Januar 1918 in Leipzig unter Beteiligung von Vertretern der Sonderanstalten und der Verbände der gewerblichen und der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften tagende Vollversammlung der deutschen Landesversicherungsanstalten faßt nach Entgegennahme der ihr erstatteten Berichte folgende Entschließung:

Infolge der durch die Teuerung verursachten Erschwerung der Lebensführung ist die Gewährung von Beihilfen an einen großen Teil der Rentenempfänger der Arbeiterversicherung notwendig geworden. Durch die Bundesratsverordnung vom 3. Januar 1918 werden nun für 1918 Rentenzulagen von über 100 Millionen Mark bewilligt ohne Rücksicht auf die örtlichen und persönlichen Verhältnisse; insbesondere bleiben die Bedürfnisse der Waisen und der heranwachsenden Kinder von Rentenempfängern unberücksichtigt. Auf eine Änderung dieser Bestimmungen wird man für 1918 leider wohl verzichten müssen. Es wird aber entschiedener Widerspruch dagegen erhoben, daß mit den Kosten dieser Fürsorgemaßnahme, entgegen den Grundsätzen der Billigkeit und entgegen den wiederholten Beschlüssen des Reichshaushaltsausschusses und des Reichstags selbst, die Versicherungsträger belastet werden sollen. Da es sich bei der Gewährung der Rentenzulagen darum handelt, mit ihren Ansprüchen aus der Versicherung abgefundene Personen gegen Schädigungen zu schützen, die mit dem früheren Versicherungsverhältnis nicht in Zusammenhang stehen, sondern lediglich als eine Folge des Krieges darstellen, so müssen die Kosten, entsprechend den wiederholten Beschlüssen des Reichstags und der bis zum Oktober 1917 auch von der Reichsregierung vertretenen Auffassung, aus Reichsfonds gedeckt werden.

Der ständige Ausschuß wird beauftragt, diese Entschließung zur Kenntnis des Reichskanzlers zu bringen und ihn zu bitten, den Beschluß dem Reichstag vorzulegen und auch seinerseits für die Aufhebung der §§ 9—12 der Bundesratsverordnung vom 3. ds. Mts. einzutreten.

Wir werden demnächst die Rede des Hauptberichterstatters und das von ihm gesprochene Schlußwort, welche die Vorgeschichte der Bundesratsverordnungen und deren Bedeutung für die Weiterentwicklung darlegen, in Abdruck bringen.

Zu vgl. die nachstehende Mitteilung.

Zur Erläuterung der Bek. v. 3. 1. 18 über Rentenzulagen in der Invalidenversicherung

(ArbVers. 1918 Heft 4 S. 74) teilen wir folgende halbamtliche Ausführung über die bestimmenden gesetzgeberischen Erwägungen mit:

Die vom Bundesrate getroffene Regelung geht auf verschiedene Anregungen des Reichstags, den bei der gegenwärtigen Verteuerung des Lebensunterhaltes in Bedrängnis geratenen Rentenempfängern zu helfen, zurück. Bei der im Frühjahr 1917 im Hauptausschusse des Reichstages gefaßten Entschließung war eine Unterstützung der Rentenempfänger nur im Falle der Bedürftigkeit vorgesehen. In seiner Entschließung vom Oktober 1917 wünschte der Reichstag eine erweiterte Fürsorge aus Mitteln des Kriegsfonds für die Jahre 1917 und 1918 für alle Rentenempfänger.

Der erstgenannten Entschließung ist durch ein Rundschreiben des Reichskanzlers an die Bundesregierungen entsprochen worden, worin ihnen nahegelegt wurde, überall da, wo eine durch Kriegsverhältnisse gebotene Zulage zu den Renten aus der sozialen Versicherung erforderlich sein sollte, auf dem Wege der gemeindlichen Kriegswohlfahrtspflege helfend einzugreifen.

Nachdem sich gezeigt hat, daß auf diesem Wege eine wirksame Hilfe für die Rentenempfänger nicht überall zu erreichen war, ist die erweiterte Fürsorge zunächst für Empfänger von Invaliden-, Witwen- und Witwer-Renten aus der Invalidenversicherung durch eingangs genannte Bekanntmachung eingeleitet worden.

Die neue Fürsorge ist zeitlich beschränkt worden: sie soll nur für die 11 Monate vom Februar bis Dezember 1918 gewährt werden. Maßgebend für diese Begrenzung war der Umstand, daß die Verordnung auf Grund des Ermächtigungsgesetzes vom 4. August 1914 erlassen werden mußte, da die Regelung der Fürsorge durch ein Gesetz naturgemäß eine längere Zeit in Anspruch nimmt, die gegenwärtigen Teuerungsverhältnisse jedoch eine schnelle Abhilfe des unter den Rentenempfängern beobachteten Notstandes erforderten. Die verbündeten Regierungen waren sich aber von vornherein klar, daß bei den niedrigen Renten der Invalidenversicherung eine Weitergewährung der Zulage in irgendeiner Form auch über den 31. Dezember 1918 nicht zu umgehen sein würde. Die erheblichen Mittel jedoch, die für eine solche erweiterte Fürsorge erforderlich sind, können

weder vom Reiche vorgeschossen, noch von den Versicherungsträgern aus den bisherigen Beiträgen oder ihrem angesammelten Vermögen aufgebracht werden. Hierzu sind neue Beiträge nötig, die durch eine Änderung der Beitragssätze im vierten Buch der Reichsversicherungsordnung eingeführt werden müssen. Die gesetzliche Regelung wird, wenn die erweiterte Fürsorge ohne Unterbrechung über den 31. Dezember 1918 fortbestehen soll, noch im Laufe des ersten Halbjahres 1918 zu treffen sein.

Die hohen Kosten der durch die Bekanntmachung vorgesehenen Leistungen — sie sind auf rund 9 Millionen Mark monatlich veranschlagt — verbieten es, die Fürsorge für zurückliegende Zeiten eintreten zu lassen. Dazu würden noch verwaltungstechnische Schwierigkeiten getreten sein. Bei der jetzt vorgesehenen Regelung wird die Zulage ohne Anweisung des Versicherungsträgers bezahlt. Der Berechtigte besorgt sich eine Quittung über die Zulage — in der Regel erhält er sie bei derjenigen Stelle, welche die Bescheinigungen auf der Rentenquittung erteilt — und bekommt daraufhin von der Post die Zulage ausgezahlt. Jede Zahlung für zurückliegende Zeiten wäre ohne Mitwirkung der Versicherungsträger nicht möglich, da sie allein auf Grund ihrer Rentenlisten die Bezugsdauer der Zulage einwandfrei feststellen können. Die Versicherungsträger hätten alsdann den Berechtigten einen Bescheid zu erteilen und die Post zur Zahlung anzuweisen, eine Arbeit, die für mehr als eine Million Rentenempfänger geleistet werden müßte. Dazu sind die Versicherungsträger bei dem großen Mangel an Hilfskräften außerstande.

Diese Rücksichtnahme auf die Verwaltungsschwierigkeiten der Versicherungsträger hat auch dazu geführt, den Personenkreis, dem die Fürsorge zuteil werden soll, auf Invaliden-, Witwen- und Witwerrentenempfänger zu beschränken, da sie in erster Linie unter der Teuerung leiden und bei ihnen die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen am einfachsten zu erreichen war. Für Empfänger von Alters- und Waisenrenten wird im Falle eines Bedürfnisses die gemeindliche Kriegswohlfahrtspflege eintreten können.

Was die Aufbringung der Kosten für die Zulage betrifft, so ist bemängelt worden, daß sie nicht allein vom Reiche getragen werden, sondern auf die Versicherungsträger abgewälzt seien. Dem ist entgegenzuhalten, daß die Finanzlage des Reiches es nicht gestattet, für einen Bruchteil der Bevölkerung hohe Lasten zu übernehmen. In der Sitzung des Reichstags vom 11. Oktober 1917 hat ein Vertreter der Reichsfinanzverwaltung darauf hingewiesen, daß allein die vom Reichstage in seiner letzten Tagung geforderten Fürsorgemaßnahmen einen jährlichen Aufwand von mehr als 2 Milliarden Mark erfordern würden. Es ist aber auch nicht richtig, daß das Reich die Aufwendungen für die Zulage auf die Versicherungsträger abwälzt. Das Reich stellt vielmehr die erforderlichen Mittel zinslos zur Verfügung und erhält seine Auslagen in Zehnteln zurück; es hat also einen nicht unbeträchtlichen Zinsverlust. Nimmt man den Zinsfuß, zu dem das Reich die Mittel für die Vorschußzahlungen der Post aufzubringen hat, nur zu 5 v. H. an, so verliert das Reich bis zur Rückzahlung des letzten Zehntels rund 25 Millionen Mark, beteiligt sich also an den Aufwendungen für die Invalidenversicherung außer den 100 Millionen Mark für den Reichszuschuß mit einem recht erheblichen Betrage.

Durch die Zurückzahlung in Teilbeträgen ist der nicht günstigen Vermögenslage einiger Versicherungsträger hinreichend Rechnung getragen. Durch die voraussichtlich im Jahre 1919 eintretende, bei der Höhe der zu übernehmenden Lasten nicht unerhebliche Beitragserhöhung wird es den Versicherungsträgern leicht möglich sein, die Zehntel aus den laufenden Beitragseinnahmen zu erstatten.

Ausbildung von Kriegsbeschädigten für den Krankenkassendienst und Anstellungsaussichten.

Die bayerische Regierung ließ unterm 8. März 1916 dem Verband bayerischer Ortskrankenkassen (der ein Unterverband des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen ist) ein Schreiben zugehen, nach dem im Hinblick auf die fortgesetzten Einberufungen von Krankenkassenangestellten zum Heeresdienst daran gegangen werden müsse, aus anderen Kreisen, vornehmlich aus den Kriegsbeschädigten, geeignetes Aushilfspersonal heranzuziehen. Der Verband könne sich um die Krankenkassen sehr verdient machen, wenn er es übernehme, solches Personal anzulernen. Zustimmendenfalls solle sich der Verband mit dem Kriegsministerium wegen Überweisung geeigneter Invaliden ins Benehmen setzen. Der Ortskrankenkassenverband verwirklichte diese Anregungen auch.

Aus Soergel, Jahrbuch für Reichsversicherungsrecht 1916, ist zu entnehmen, daß im Königreich Bayern durch Verfügung vom 14. Juli 1916 Kurse zur Ausbildung von Kriegsinvaliden für den Krankenkassendienst eingerichtet worden sind, und zwar, wie auf Anfrage das Königl. Ministerium des Innern mitteilt, vom Verband bayerischer Ortskrankenkassen im Zusammenwirken mit den betreffenden Kriegsfürsorgeausschüssen. Bei den Ortskrankenkassen Passau und Nürnberg sind solche Kurse abgehalten worden und sie sollen sich im allgemeinen bewährt haben. Staatszuschüsse werden nicht geleistet.

Aus Zeitungsnachrichten ist zu ersehen, daß im Jahre 1917 weitere derartige Kurse abgehalten wurden. So begann ein solcher bei der Invalidenschule in Passau am 2. November 1917 und dauerte bis Ende Januar 1918. Der Unterricht ist völlig unentgeltlich. Die Teilnahme steht allen für den Heeresdienst nicht mehr in Betracht kommenden Kriegsbeschädigten frei, doch müssen sie aus schreibgewandten Berufen sein, eine deutlich lesbare Handschrift besitzen und gut rechnen können. Diejenigen Teilnehmer, die sich die notwendigen Kenntnisse für den Krankenkassendienst aneignen, haben Aussicht, zunächst vertretungsweise für einberufene und noch einzuberufende Angestellte von Krankenkassen Verwendung bei angemessener Vergütung zu erhalten und im Falle der Bewährung dauernde Anstellung mit Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung sogar nach den Grundsätzen für Gemeindebeamte zu finden. Die Lehrgänge sollen fortgesetzt werden; Anmeldungen sind unter eingehender Darlegung der früheren Berufstätigkeit an den Bayerischen Krankenkassenverband in Passau zu richten.

Es sei hier daran erinnert, daß auch das Reichsamt des Innern unterm 14. April 1916 dem Hauptverbande der Ortskrankenkassen ein Schreiben zugehen ließ, in dem die Einstellung von Kriegsteilnehmern empfohlen und gesagt wurde, es handle sich in keiner Weise um die Bevorzugung irgendeiner besonderen Gruppe der Kriegsteilnehmer, wie vielleicht der Militäranwärter, verabschiedeter Offiziere und dergleichen. In dem Personenkreis, aus dem heraus

die einzelne Kasse auch jetzt schon, ihren besonderen Wünschen und Bedürfnissen entsprechend, ihre Auswahl bei Anstellungen zu treffen pflegte, soll ihr keine Änderung zugemutet werden. Nur innerhalb dieses Kreises soll der beschädigte Kriegsteilnehmer in erster Reihe vor anderen Bewerbern berücksichtigt werden, selbstverständlich unter der Voraussetzung, daß er im übrigen für die betreffende Stelle geeignet und befähigt ist.

In einer Zuschrift des Vorsitzenden eines preußischen Versicherungsamtes an die „Arbeiter-Versorgung“ heißt es: „Es dürfte wünschenswert sein, wenn auch in Preußen ein Versuch mit derartigen Lehrgängen gemacht würde, da einmal ein großer Teil der Kassenangestellten einberufen ist, andererseits viele Kriegsbeschädigte sich zu solchen Stellungen eignen dürften. Freilich dürfte die Frage, woher zur Zeit die Lehrkräfte nehmen, schwierig sein. Um aber die Sache ins Leben zu rufen, dürfte nichts geeigneter erscheinen, als wenn sich eine Zeitschrift, wie die Ihrige, derselben annimmt. Ich möchte deshalb bitten, dieser Frage in Ihrer geschätzten Zeitschrift näher zu treten.“

Die Anregung sei hier zur Beachtung bekanntgegeben. Vielleicht finden sich auch in Preußen und in anderen Bundesstaaten Kassenverbände oder einzelne große Kassen, die sich nach dem bayerischen Muster der Angelegenheit annehmen. Werden doch die Klagen über geeignetes Personal bei den Krankenkassen immer häufiger. Die Frage der Lehrkräfte dürfte keine unüberwindliche sein; am berufendsten sind hier wohl die Geschäftsführer, Abteilungsvorsteher usw. der großen Krankenkassen.

Was die Wiedereinstellung von Kriegsteilnehmern und die Weiterbeschäftigung der bei den Krankenkassen eingestellten Hilfspersonen über den Krieg hinaus betrifft, so hat der Hauptverband der Ortskrankenkassen diese nicht ganz einfache Frage durch eine Vereinbarung mit dem Verband der Bureauangestellten zu regeln versucht. Nach dieser wird mit den zum Heeresdienst eingezogenen bisherigen Angestellten (§ 351 Abs. 1 RVO.) das Vertragsverhältnis bei ihrer Rückkehr in die Heimat fortgesetzt, falls nicht ein wichtiger Grund die Weiterbeschäftigung ausschließt. Soweit infolge einer Kriegsbeschädigung ihre frühere Verwendung nicht möglich ist, wird ihnen eine andere, ihren Fähigkeiten entsprechende Stelle übertragen. Zum Kriegsdienst eingezogene, mit Aussicht auf Anstellung beschäftigte Hilfsarbeiter (§ 351 Abs. 2 RVO.) werden bei ihrer Rückkehr in die Heimat nach Bedarf eingestellt. Kriegsbeschädigte sind zu bevorzugen. Mit den kriegsbeschädigten Angestellten und Hilfsarbeitern wird eine ihrer Verwendungsmöglichkeit entsprechende Besoldung vereinbart. Die Kriegsbeschädigtenrente bleibt dabei außer Betracht. Eine dauernde Steigerung der Leistungsfähigkeit bedingt eine entsprechende Erhöhung des etwa verkürzten Gehalts. Erreicht der kriegsbeschädigte Angestellte oder Hilfsarbeiter die durchschnittliche Leistungsfähigkeit eines voll erwerbsfähigen Angestellten, so soll er die für seine Stelle vorgesehene Besoldung unverkürzt erhalten. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Kassen und Angestellten oder Hilfsarbeitern über die Beschäftigung und Besoldung von Kriegsteilnehmern wird der Vorstand des Hauptverbandes auf Ersuchen und unter Mitwirkung des Vorstandes des Verbandes der Bureauangestellten bei den Kassenvorständen vermitteln. Kriegsbeschädigte Hilfsarbeiter sollen von der vertraglichen Anstellung ihrer Beschädigung wegen nicht ausgeschlossen werden. Sie sollen vielmehr nach den in der Dienstordnung niedergelegten Grundsätzen für die Anstellung ebenso wie unbeschädigte Hilfsarbeiter behandelt werden. Soweit inzwischen eingestellte Hilfsarbeiter überflüssig werden und zur Entlassung kommen müssen, können sie sich bei der Geschäftsstelle des Hauptverbandes der Ortskrankenkassen anmelden. Diese wird um ihre Vermittelung nach anderen Kassen bemüht sein.

Bei verständnisvollem Zusammenarbeiten aller Beteiligten wird sich die Übergangszeit zur Zufriedenheit vollziehen.

Mitteilung der Satzung an die Kassenmitglieder.

Eine bemerkenswerte Anregung enthält eine Zuschrift des Süddeutschen Betriebskrankenkassen-Schutzverbandes (Sitz Augsburg) an die „Betriebskrankenkasse“ (Heft 1 von 1918). Sie lautet: „Die Satzungen der Krankenkassen nach der RVO. sind sehr umfangreich. Es ist vieles darin enthalten, was die Mitglieder unmittelbar kaum interessiert und für sie nur gelegentlich in Betracht kommt, z. B. die Bestimmungen über die Verfassung und Verwaltung der Kassen. In der Satzung sind ferner viele Bestimmungen gegeben, die ohne weiteres rechtliche Wirkung haben, auch wenn sie in der Satzung nicht aufgeführt sind. Als Anhang enthalten die Satzungen noch die Wahlordnung und die Krankenordnung. Die Wahlordnung der amtlichen Mustersatzung umfaßt 27 zum Teil längere Paragraphen. Dabei kommt die Wahlordnung nur alle 4 Jahre einmal in Betracht, während des Krieges nur ausnahmsweise.

Nach § 325 RVO. erhält jedes Mitglied unentgeltlich einen Abdruck der Satzung. Nach § 134 e der Reichsgewerbeordnung ist auch die Arbeitsordnung jedem Arbeiter bei seinem Eintritt in die Beschäftigung zu behändigen. Auch die Arbeitsordnungen sind meist stattliche Hefte. Bei vielen, namentlich bei den großen industriellen Betrieben kommen noch Satzungen von Pensionskassen oder ähnliche Druckstücke in Betracht, die in der Regel eine Anzahl von Seiten zählen. Diese Hefte werden nur selten zurückgegeben; eine rechtliche Verpflichtung zur Rückgabe kann nicht aufgestellt werden. Es dürften nur verhältnismäßig wenige Versicherte sein, die sich mit dem Inhalt dieser umfangreichen Druckstücke vertraut machen. Aus der großen Fülle der Bestimmungen in der Kassensatzung werden sehr viele Versicherte nur schwer das herausfinden, was für jedes einzelne Mitglied in Betracht kommt und sie unmittelbar betrifft.

Wenn man den durch die Kriegsverhältnisse bedingten großen Arbeitswechsel ins Auge faßt, so ergibt sich schon, welche hohe Zahl von Kassensatzungen hergestellt und ausgegeben werden muß. Bei der Papierknappheit und den hohen Druckkosten sollte daher die Frage geprüft werden, ob in dieser Beziehung nicht eine wesentliche Vereinfachung und Ersparnis zweckmäßig ist. Es würde durchaus im Interesse der Versicherten liegen, wenn ihnen nicht die ganze Satzung, sondern ein ihrem Bedürfnis entsprechender Auszug übergeben würde. Die Wahlordnung z. B. könnte ganz wegfallen. Unseres Erachtens würde es völlig genügen, wenn der den Versicherten auszuhändigende Auszug aus der Kassensatzung die notwendigen Bestimmungen über Mitgliedschaft, Leistungen, Beiträge und als Anhang die Krankenordnung enthielte. Eine bedeutende Menge Papier würde damit erspart wie überhaupt den zeitigen besonderen Verhältnissen Rechnung getragen.

Wir möchten der Meinung sein, daß § 325 der RVO. durch eine Bundesratsverordnung entsprechend geändert werden könnte. Sollten dagegen Bedenken bestehen, so könnte vielleicht angeordnet werden, daß in Zweifelsfällen das Mitglied die ungekürzte Satzung bei der Geschäftsstelle der Kasse einsehen kann. Insbesondere bedingt die Bundesratsverordnung vom 22. 11. 17 bei allen Krankenkassen eine Satzungsänderung. Ein Bundesratsbeschluß im Sinne der vorstehenden Darlegung würde daher zu dieser Zeit vor allem tunlich erscheinen."

Der hier ausgedrückte Gedanke ist gewiß erwägenswert. Wir meinen aber, daß er nicht ohne gewisse Einschränkungen annehmbar ist. Die Kassenmitglieder können ein lebhaftes und sehr berechtigtes Interesse auch an den Bestimmungen der Satzung über die Verwaltung der Kasse und an der Wahlordnung nehmen, besonders wenn ihnen daran gelegen ist, selbst an der Verwaltung tätigen Anteil zu nehmen oder auch nur sich an den Wahlen wirksam zu beteiligen. Man könnte vielleicht einen Mittelweg einschlagen und bestimmen, daß dem Mitgliede auf Antrag ein vollständiger Abdruck statt des Auszuges einzuhändigen ist.

Äußerungen von Praktikern über diese Frage wären erwünscht.

Antrag auf Erhöhung der Verdienstgrenze für die Versicherungspflicht der Angestelltenversicherung.

Die „Arbeitsgemeinschaft freier Angestelltenverbände", die alle Berufsgruppen der Privatangestellten umfaßt, hat in einer Eingabe an den Bundesrat und den Reichstag die Bitte ausgesprochen, auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrates zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 eine Verordnung folgenden Inhalts zu erlassen:

1. Die Grenze des für die Versicherungspflicht maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes wird von 5000 ℳ auf 8000 ℳ erhöht.

2. Versicherte, die während des Krieges wegen Überschreitens der 5000 ℳ Einkommengrenze aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind, treten ohne Nachzahlung der Beiträge in die alten Rechte ein.

3. Für die Zeit, während welcher der Angestellte wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze von 5000 ℳ nicht versichert war, kann er Beiträge in Gemäßheit des § 49 AngestVersGes. nachzahlen.

4. Bei Angestellten, die wegen Überschreitens der 5000-ℳ-Grenze aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind oder nicht versicherungspflichtig waren und vor dem 1. Dezember 1917 bei öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunternehmungen einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben, finden die Bestimmungen des § 390 AngestVersGes. sinngemäß Anwendung.

Die Angestelltenversicherung bei der Rückkehr aus dem Auslande.

Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat den Ortsausschüssen der Vertrauensmänner mitgeteilt, daß sich bei der Rückkehr von Deutschen aus dem Auslande die Notwendigkeit ergeben kann, diesen Deutschen aufklärend über die ihnen aus der Angestelltenversicherung in diesem Falle zustehenden Rechte und die Maßnahmen, die nötigenfalls zur Wahrung ihrer Rechte erforderlich sind, zur Seite zu stehen. Besonders wird sich die Aufklärung hierbei in zweierlei Richtung wertvoll erweisen. Einmal kommt in Frage, ob der aus dem Auslande Zurückkehrende zur Vermeidung des Verfalls der erwerbenden Anwartschaft die Versicherung freiwillig fortsetzen muß, und in welcher Weise er hierbei zu verfahren hat. In dem letzten Punkte wird auf das Merkblatt über die freiwillige Versicherung hingewiesen. Praktisch wird die Frage nur dann, wenn der betreffende Deutsche nach seiner Rückkehr im Inlande keine nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtige Tätigkeit ausübt. Dies dürfte in der Mehrzahl der Fälle kaum zutreffen. In den übrigen Fällen aber wird immerhin häufig eine dahingehende Belehrung am Platze sein.

Anstellung und Besoldung der Beamten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat ausführliche Anstellungsgrundsätze und eine Besoldungsordnung für ihre Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten aufgestellt. Gleichzeitig ist eine Prüfungsordnung für Bewerber und Bewerberinnen um Sekretärstellen vom Direktorium erlassen worden. Für die Zulassung zum mittleren Bureaudienst ist bei männlichen Bewerbern eine gute allgemeine und berufliche Vorbildung erforderlich. Der Nachweis der Berechtigung zum Einjährig-Freiwilligendienst ist erwünscht. Bewerber für den Kanzleidienst müssen eine gute Handschrift haben und in der Bedienung der Schreibmaschine geübt sein. Für weibliche Bewerber gilt die Unterscheidung in Bureau- und Kanzleidienst nicht. Sie müssen sämtlich eine gute Allgemeinbildung nachweisen. Die Prüfung für die Beförderung zum Sekretär ist in der Regel nur für Assistenten und Assistentinnen bestimmt. Sie besteht aus einem schriftlichen und einem mündlichen Teil. Neben der allgemeinen Bildung wird in der Fachprüfung die Organisation von Behörden und Beamten, die Grundzüge der Reichsversicherungsordnung und der Angestelltenversicherung behandelt. Die Beförderung zu Assistenten oder Assistentinnen setzt ein Lebensalter von mindestens 24, die zu Sekretären oder Sekretärinnen von mindestens 30 Jahren voraus. Für die Besoldung der Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten sind 12 Klassen gebildet.

Die ersten allgemeinen Renten aus der Angestelltenversicherung.

Wir erhalten folgende Zuschrift mit dem Ersuchen, durch Abdruck zu der erwünschten Aufklärung der beteiligten Kreise beizutragen:

Die Wartezeit für Leistungen nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte gestattete bisher an allgemeinen Fürsorgemaßnahmen zugunsten der Versicherten nur ein von der Reichsversicherungsanstalt allerdings mit großen Mitteln ausgerüstetes und durch seine Berücksichtigung der sozialen Sonderverhältnisse der Privatangestellten schnell volkstümlich gewordenes Heilverfahren. Ruhegelder oder Hinterbliebenenrenten sind dagegen erst vereinzelt bewilligt worden, soweit nämlich Versicherte ihre Wartezeit durch Einzahlung entsprechender Prämienreserven gemäß § 395 a. a. O. abgekürzt haben.

Zum 1. Januar 1918, d. h. fünf Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes ist nun die Wartezeit abgelaufen, die das Gesetz in den §§ 48, 396 weiblichen

Versicherten für Ruhegeldbezüge und Hinterbliebenen versicherter Angestellten hinsichtlich der Witwen-, Witwer- und Waisenrenten auferlegt hat. Unter der Voraussetzung, daß 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen sind, werden in der Folge berufsunfähige weibliche Versicherte ein Ruhegeld und Hinterbliebene verstorbener Versicherten die gesetzlichen Hinterbliebenenbezüge geltend machen können. Beitragsmonaten gleichzuachten sind sowohl für die Erfüllung der Wartezeit als für die Rentenberechnung auch volle Monate, in denen ein Versicherter Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste im Sinne der Bekanntmachung des Bundesrats vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) geleistet hat. In diesem Falle, gleichviel ob der Versicherte sofort zu Kriegsbeginn oder erst später in den Heeresdienst berufen worden ist, berechnen sich die folgenden Beitragsmonate nach den letzten, vor August 1914 gezahlten Pflichtbeiträgen. Militärische Versorgungsansprüche haben auf den Rentenanspruch aus der Angestelltenversicherung, insbesondere auf die Höhe der Rente, keinen Einfluß.

Die Gewährung von Ruhegeld setzt entweder die Vollendung des 65. Lebensjahres oder die Berufsunfähigkeit voraus. Berufsunfähigkeit ist gegeben, wenn die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Krankenruhegeld wird erkrankten Versicherten gewährt, wenn sie zwar nicht dauernd berufsunfähig sind, aber doch länger als 26 Wochen berufsunfähig bleiben, für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit. Witwenrente erhält jede Witwe eines Versicherten, für den die Wartezeit erfüllt war; bei Wiederverheiratung wird sie mit dem dreifachen Jahresbetrage der Rente abgefunden. Erwerbsunfähige, bedürftige Witwer erhalten, wenn die verstorbene Gattin den Unterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus eigenem Arbeitsverdienst bestritten hat, eine Witwerrente, solange Bedürftigkeit vorliegt; die ehelichen Kinder unter 18 Jahren einer solchen Witwe erhalten ohne Rücksicht darauf, ob sie bedürftig sind, eine Waisenrente. Waisenrente steht ferner nach dem Tode des versicherten Vaters dessen ehelichen Kindern, nach dem Tode einer weiblichen Versicherten deren vaterlosen Kindern zu, in beiden Fällen bis zur Verheiratung oder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres; vaterlos im Sinne der Bestimmung sind auch uneheliche Kinder.

Das jährliche Ruhegeld beträgt ein Viertel der in den ersten 120 Beitragsmonaten und ein Achtel der in den späteren Beitragsmonaten entrichteten Beiträge. In den ersten zehn Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes beträgt jedoch das Ruhegeld nur ein Viertel der in den ersten 60 Beitragsmonaten entrichteten Beiträge (§§ 56, 396 a. a. O.), Witwen- und Witwerrente betragen zwei Fünftel des für den Ernährer zur Zeit seines Todes anstehenden Ruhegeldes, die Rente für jede Waise zwei Fünfundzwanzigstel, für jede Doppelwaise zwei Fünfzehntel. Die Renten der Hinterbliebenen dürfen zusammen den Betrag des Ruhegeldes nicht übersteigen, das der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Berufsunfähigkeit bezogen hätte. Ergeben die Renten zusammen einen höheren Betrag, so tritt für jede Rente eine verhältnismäßige, beim Ausscheiden eines Rentenberechtigten, entsprechend wieder fortfallende Kürzung ein.

Stirbt eine Versicherte, deren Wartezeit erfüllt war, nach Ablauf der Wartezeit von 60 Beitragsmonaten, ohne bereits in den Genuß des Ruhegeldes getreten zu sein, und besteht auch kein Anspruch auf Hinterbliebenenrenten, so wird die Hälfte der für sie bis zu ihrem Ableben entrichteten Beiträge auf Antrag gewissen Angehörigen zurückerstattet (§ 60 a. a. O.).

Naturgemäß werden bei der Kürze der hier erörterten Wartezeit die Renten noch nicht so ausgiebig sein, wie das nach Ablauf der allgemeinen Wartezeit von 120 Beitragsmonaten auf Grund der Versicherungspflicht bzw. von 150 Beitragsmonaten bei weniger als 60 auf Grund der Pflichtversicherung zurückgelegten Beitragsmonaten die Regel sein wird, wenn zugleich dann erst sämtliche Beitragsmonate an der Rentenbildung teilnehmen. Zwei Beispiele sollen die nach der abgekürzten Wartezeit im allgemeinen zu erwartenden Renten erläutern: Zunächst der Fall eines Kriegsteilnehmers, der 1913 in Klasse E (1500 bis 2000 ℳ), von da bis zu seiner Einberufung in Klasse F (2000 bis 2500 ℳ) Beiträge zahlte, während des Krieges hiervon befreit war und im Jahre 1918 an irgendwelchen Kriegsfolgen unter Hinterlassung einer Witwe und dreier Waisen stirbt. Die Witwe wird alsdann für sich 74,88 ℳ, für ihre drei Kinder 44,94 ℳ Jahresrente beziehen. Das andere Beispiel möge eine berufsunfähige Versicherte abgeben, die von Januar 1913 bis Juni 1915 etwa in Klasse D (1150 bis 1500 ℳ), seitdem bis 1918 in Klasse E Beiträge entrichtet hat. Ihr Ruhegeld würde 123 ℳ betragen. Jener Kriegsteilnehmer würde als Gegenwert an eigenen Beiträgen nur 103,80 ℳ, die ruhegeldberechtigte Versicherte gerade das Doppelte ihrer Jahresrente, nämlich 246 ℳ, aufgebracht haben.

Für die Feststellung der Versicherungsleistungen ist der Rentenausschuß Berlin der Angestelltenversicherung in Berlin-Wilmersdorf, Nikolsburger Platz 2 zuständig. Eine sehr wesentliche Mitwirkung wird dabei laut Bekanntmachung des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt den Vertrauensmännern und ihren Ortsausschüssen zufallen; in noch höherem Maße, als sie sich schon in der Vorbereitung des Heilverfahrens bewähren konnten, sollen sie hier mitwirken und durch Entgegennahme der Rentenanträge, durch Hinwirkung auf deren Vollständigkeit und Richtigkeit sowie durch erschöpfende Ermittelung des Sachverhalts dem Rentenausschuß die schnelle und soziale Abwickelung des Feststellungsverfahrens ermöglichen. Bei den Ortsausschüssen sind daher die Antragsvordrucke auf Rentenbewilligung von den Beteiligten zu entnehmen. Eine dankbare Aufgabe sämtlicher Ehrenamtsinhaber der Angestelltenversicherung wie auch der mit ihnen zusammenwirkenden Verbände und Fachzeitungen wird darin liegen, Belehrung in vorstehendem Sinne weitesten Kreisen der Versicherten zugänglich zu machen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Bezirk der Betriebskrankenkasse; Verlegung und Einbeziehung von Betrieben.

1. Nach N. Antwort: a) Im ersten Punkte stimmen wir Ihnen zu. Die Satzung jeder Krankenkasse muß nach § 321 RVO. den Bezirk der Kasse sowie den Kreis ihrer Mitglieder bezeichnen. Bei Betriebskrankenkassen ist der Bezirk das Gebiet des Betriebes (Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 2 zu § 321; zustimmend: RVA. in ArbVers. 1915 S. 424). Dieses Gebiet, für das die Kasse errichtet ist, muß also in der Satzung bezeichnet werden, und nur die in diesem Betriebsgebiete Beschäftigten bilden den Kreis der Mitglieder. Wenn also die Betriebskrankenkasse nach der Satzung ausdrücklich für die Betriebe in F. und in P. errichtet ist und der eine Betrieb von P. nach St. verlegt wird, so bedarf es einer Änderung der Satzung, damit die im Betriebe zu St. Beschäftigten auch fernerhin in der Kasse verbleiben können. Solange eine solche Änderung nicht erfolgt und vom Oberversicherungsamt genehmigt ist (§ 324 Abs. 1), haben die in St. Beschäftigten der Allgemeinen Ortskrankenkasse dieses Ortes anzugehören. Sind sie dort nicht angemeldet, vielmehr weiter als Mitglieder der Betriebskrankenkasse behandelt worden, so muß die Ortskrankenkasse das Streitverfahren aus § 258 beschreiten. Insoweit weichen wir von Ihrer Auffassung ab. Denn die Ortskrankenkasse müßte, um im Wege des Streitverfahrens aus § 405 (wie sie beabsichtigt) eine rückwirkende Entscheidung zu erlangen, den Antrag gegen den Arbeitgeber und gegen die einzelnen bestimmten Personen, die sie für sich in Anspruch nimmt, richten und hinsichtlich jeder Person den Beginn der Mitgliedschaft bezeichnen und die dafür maßgebenden Verhältnisse darlegen. Dazu wird sie kaum in der Lage sein. Worauf sie in Wahrheit abzielt, das ist die Entscheidung des Streites mit einer anderen Kasse darüber, welcher von beiden der gesamte Betrieb in St. angehört, und ein solcher Streit ist nach § 258 zu entscheiden. Das hat freilich die Wirkung, daß die Entscheidung auch zu bestimmen hat, wann das neue Versicherungsverhältnis in Kraft tritt (Abs. 3), so daß die bisherige Versicherung bei der nicht mehr zuständig gewesenen Betriebskrankenkasse unberührt bleibt und daß, wenn vorher die Satzungsänderung erwirkt wird, das ganze Streitverfahren zwecklos ist.

b) Die Erstreckung der Betriebskrankenkasse auf einen ihr bisher nicht angehörigen Betrieb desselben Unternehmers erfolgt im Wege der Satzungsänderung. Es ist richtig, daß dadurch die Allgemeine Ortskrankenkasse, zu der der Betrieb bisher gehört hat, in gleicher Weise in ihren Interessen berührt wird, wie wenn für diesen Betrieb eine neue Betriebskrankenkasse errichtet wird. Die Billigkeit würde daher erfordern, daß auch vor der Genehmigung einer solchen Satzungsänderung die beteiligte Ortskrankenkasse gehört würde. Gleichwohl ist dies nach § 252 nur für den Fall der Errichtung einer Betriebskrankenkasse vorgeschrieben, und wir halten eine ausdehnende Auslegung der Vorschrift nicht für statthaft. Auch Hoffmann steht ersichtlich auf demselben Standpunkte, da er in ArbVers. 1915 S. 731 bemerkt, daß Änderungen des Bezirks einer Betriebskrankenkasse „in einfacher Weise durch Änderungen der Satzung" erfolgen.

Einmalige Teuerungszulage als Entgelt?

2. Postkrankenkasse X. Frage: Nach dem Aufsatz in der „Arbeiter-Versorgung" 1917 Heft 15 S. 350 rechnen „einmalige" Teuerungszulagen nicht zum Entgelt und sind bei Berechnung des Lohnes nicht zu berücksichtigen. Dem steht die Entscheidung des RVA. v. 16. 8. 17 (IIa K. 104/17) Amtl. Nachr. des RVA. S. 590 entgegen. Sie besagt u. a.: „Auf Form und Maßstab der Leistungen kommt es nicht an, ebenso ist es ohne Belang, daß die Teuerungszulagen nur auf unbestimmte Zeitdauer bewilligt werden und daß sie gegebenenfalls widerrufen werden können." — Von der Verwaltung ist bisher nur eine „einmalige" Teuerungszulage gewährt worden, die als Gegenleistung für die Tätigkeit der im Betriebe dieser Verwaltung Beschäftigten anzusehen ist. Da es nicht ausgeschlossen ist, daß sich dieser Fall wiederholen kann, so entsteht die Frage, in welcher Weise die Berechnung und Verteilung einer „einmaligen" Teuerungszulage zu erfolgen hat. Nach § 9 unserer Satzung ist der Tagesverdienst in der Weise zu ermitteln, daß der Gesamtbetrag des in der Lohnzeit (Monat) zu zahlenden Arbeitsverdienstes durch die Zahl der Tage, an denen der Versicherte gegen Entgelt beschäftigt war, geteilt wird. Hiernach müßte also eine „einmalige" Teuerungszulage dem sonstigen Einkommen desjenigen Monats, in dem sie zur Auszahlung gelangt, hinzugerechnet und bei Berechnung des Arbeitsverdienstes für diesen Monat berücksichtigt werden. Das hätte zur Folge, daß Mitglieder, die zufällig in dieser Zeit arbeitsunfähig würden, dem erhöhten Arbeitsverdienst entsprechend auch höheres Krankengeld erhalten müßten. Diese Berechnungsweise dürfte nicht dem Sinne entsprechen, der für die Gewährung der „einmaligen" Teuerungszulage maßgebend gewesen ist; denn die Teuerungszulage ist doch nicht für den einen Monat, sondern für einen unbestimmten Zeitraum bewilligt worden. Dieser Auffassung würde eine Verteilung der Summe auf 12 Monate eher gerecht werden. Abgesehen von den Schwierigkeiten, die sich auch bei einer solchen Verrechnungsweise ergeben würden, stehen dem aber die Satzungsbestimmungen entgegen. Wir bitten daher um Auskunft, wie die Berechnung und Verteilung einer „einmaligen" Teuerungszulage zu erfolgen hat.

Antwort: Wir nehmen nicht an, daß die Entscheidung des RVA. mit den Ausführungen in ArbVers. 1917 S. 350 unvereinbar ist. Sie unterstellt nur die Teuerungszulagen im allgemeinen den

Grundsätzen über den Begriff des Entgelts im Sinne des § 160 RVO. hinsichtlich solcher Zuwendungen, auf die ein eigentlicher Rechtsanspruch nicht besteht. Sie gehören zum Entgelt, wenn sie üblicherweise so regelmäßig gewährt werden, daß der Versicherte mit einiger Sicherheit darauf rechnen kann, wie dies z. B. hinsichtlich der Weihnachtsgeschenke vielfach zutrifft (Handb. der UnfVers. I Anm. 1 und 3a zu § 6 GewUnfVersGes.). Ist eine Teuerungszulage bisher nur einmal gewährt worden, ohne daß ihre wiederholte Gewährung nach Ablauf einer bestimmten Zeit mindestens unverbindlich in Aussicht gestellt worden ist, so kann von einer Übung, die es ermöglichte, die Zulage als einen auf einen bestimmten Zeitraum entfallenden Lohnteil in Rechnung zu ziehen, nicht die Rede sein. Deshalb treffen in solchem Falle die Erwägungen in ArbVers. 1917 S. 350 durchaus zu, die es ausschließen, die Zulage bei der Ermittlung des Grundlohns für Bemessung von Kassenleistungen und Beiträgen mit zu berücksichtigen.

Kosten einer ohne Einweisung der Kasse veranlaßten Krankenpflege.

3. **Nach N. N.** Antwort: Die Kasse ist auch in einem dringenden Fall nicht verpflichtet, Krankenhauspflege zu gewähren, folglich auch nicht, die Kosten einer solchen Pflege zu übernehmen, wenn sie nicht selbst die Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus veranlaßt hat; sie braucht nur die Leistungen aus § 182 RVO. zu gewähren, also die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Heilmittel zu erstatten und das satzungsmäßige Krankengeld zu bezahlen, nicht aber auch die Kosten für den Unterhalt des Versicherten im Krankenhause (zu vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts in ArbVers. 1916 S. 564). Dagegen kann die Kasse nach freiem Ermessen die von dem auswärtigen Arzte veranlaßte Krankenhauspflege als für ihre Rechnung gewährt genehmigen, und sie kann daher vergleichsweise auch einen Teil der durch die eigenmächtige Maßnahme des Arztes entstandenen Kosten an Stelle der Leistungen aus § 182 übernehmen. Hierzu scheint uns der vorliegende Fall, im Hinblick auf die besonders schwere Erkrankung und auf die besondere Dringlichkeit, sehr geeignet. Wenn die Kasse meint, daß die Gesamtkosten in einer städtischen Anstalt nur 3,50 ℳ betragen haben würden, so ist das vielleicht ein Irrtum, da so schwere Operationen, wie im vorliegenden Falle, im Pflegesatz meist nicht mit inbegriffen sind, sondern besonders bezahlt werden müssen. Dies wäre der eine Punkt, der zu einem billigen Entgegenkommen gegenüber den Angehörigen des Verstorbenen Anlaß geben könnte. Auch der Vorschlag, die Kosten der Autofahrt zu teilen, erscheint billig.

Körperschwäche als Krankheit.

4. **Nach Stargard i. P.** Antwort: Auch die Körperschwäche gilt als Krankheit im Sinne der Krankenversicherung, wenn sie einen derartigen Grad erreicht, daß sie ärztliche Behandlung oder den Gebrauch von Heilmitteln erfordert oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Auf ihre Ursache kommt es im allgemeinen nicht an. Nur dann, wenn sie die gewöhnliche Begleiterscheinung des hohen Alters ist, wird sie von der herrschenden Ansicht nicht als Krankheit anerkannt. Ob in dem geschilderten Falle das Alter des Mannes — 72 Jahre — oder besondere Umstände den Schwächezustand bedingt haben, muß der Arzt feststellen. Da eine Aufnahme in ein Krankenhaus stattgefunden hat, so liegt die Vermutung nahe, daß ein Zustand vorgelegen hat, der die Aussicht bot, daß er durch geeignete Behandlung und Heilmittel behoben oder wenigstens gelindert werden würde. Dann bestand Krankheit und die Kasse wäre zum Ersatz an den Armenverband verpflichtet. (Vgl. Hahn, Handb. d. Kr.-Vers. Anm. 1c § 182 RVO., auch ArbVers. 1916 S. 841 zu 1.)

Bedingt die Sonderbeschäftigung eines versicherungsfreien Staatsbeamten Versicherungspflicht?

5. **Nach Dr.** Frage: Dr. H. ist sächsischer Staatsbeamter und mit Fortgewährung des Gehalts (auch im Erkrankungsfalle) zu einer hier angeschlossenen Behörde beurlaubt worden, wo er eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung ausübt. Ist er wegen dieser gegen Krankheit zu versichern? Nach Ansicht der Kasse besteht eine Versicherungspflicht. § 169 RVO. spricht von Versicherungsfreiheit, wenn den Beschäftigten „gegen ihren Arbeitgeber" der Anspruch zusteht. Dr. H. verneint die Versicherungspflicht, da er meint durch seine sächsische Staatsbeamteneigenschaft und durch Fortgewährung des Gehalts gegen Krankheit versichert zu sein.

Antwort: Die Versicherungsfreiheit aus § 169 RVO. setzt allerdings voraus, daß der Anspruch gegen denjenigen Arbeitgeber begründet ist, in dessen Betriebe die an sich versicherungspflichtige Beschäftigung stattfindet. Danach könnte sehr wohl Versicherungspflicht bestehen, wenn jener Beamte für seine Tätigkeit bei der zweiten Behörde von dieser eine besondere Vergütung bezieht. Zu beachten ist aber, daß die in § 165 Ziff. 2 RVO. genannten Personen nur dann versicherungspflichtig sind, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 ℳ nicht übersteigt und hierbei ist auch ein Verdienst zu berücksichtigen, der aus einer nach § 169 RVO. versicherungsfreien Beschäftigung fließt. Demnach wäre das Gehalt hinzuzurechnen, das Dr. H. als sächsischer Staatsbeamter bezieht.

Zum bargeldlosen Zahlungsverkehr der Krankenkassen.

6. **Nach Bergheim (Erft).** Antwort: Wenn das Versicherungsamt die Kasse „ersucht, für die Einrichtung des bargeldlosen Überweisungsverkehrs Sorge zu tragen", so hat es durch diese Form deutlich genug zum Ausdruck gebracht, daß es der Kasse entsprechende Einrichtungen nur als zweckmäßig und auch aus Rücksichten auf die Allgemeinheit erwünscht nahe legen will. Dazu ist die Aufsichtsbehörde unbedenklich befugt und ebenso ist nichts dagegen zu erinnern, daß ein Beteiligter — hier die Gemeindekasse K. — die Anregung zu der Maßnahme des Versicherungsamts gegeben hat. Eine aufsichtliche Anordnung, je ein Scheckkonto für die 14 Sektionskassen einzurichten, läßt sich aus jenem Ersuchen wirklich nicht herauslesen. Sie würde allerdings unbegründet sein und der Kasse Grund zur Beschwerde geben, weil eine Rechtspflicht zu solchen Einrichtungen nicht besteht. Wir meinen aber, daß die Kasse, wenn nicht zwingende Gründe dagegen sprechen, sich gegenüber dem höflichen Ersuchen des Versicherungsamts nicht ablehnend verhalten sollte. Zu vgl. ArbVers. 1914 S. 306, 1916 S. 116, 208.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1199 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 11. Februar 1918 | Heft 5

Die Zulagen zu den Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.*)

(Bundesratsverordnung vom 3. Januar 1918.)

Vom Geheimen Oberregierungsrat Düttmann in Oldenburg Grh.

Wer in den ersten Kriegstagen davon las, daß dem Reichstage der Entwurf eines Gesetzes über die Verlängerung der Fristen des Wechsel- und Scheckrechts im Falle kriegerischer Ereignisse vorgelegt sei, der konnte gewiß nicht ahnen, daß uns das beantragte Gesetz einmal Änderungen auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung bringen werde, grundstürzender als die Reichsversicherungsordnung mit ihren mehr als 1800 Paragraphen. Auch als die Vorlage einige Tage später erweitert wurde durch die Einfügung eines § 3, dessen Absatz 1 bestimmte:

„Der Bundesrat wird ermächtigt, während des Krieges diejenigen gesetzlichen Maßnahmen anzuordnen, welche sich zur Abhilfe wirtschaftlicher Schädigungen als notwendig erweisen"

konnte noch nicht gut jemand auf jenen Gedanken kommen. Denn zwischen wirtschaftlichen Maßnahmen, die mit Bestimmungen des Wechsel- und Scheckrechts in Beziehung gesetzt werden, und den Bestimmungen des Rechts der Arbeiterversicherung, besteht doch wohl keine Gemeinschaft. Zudem war in der Begründung des neuen Zusatzes ausdrücklich gesagt: „Änderungen der sozialpolitischen und der Arbeiterschutzgesetze kommen dabei nicht in Betracht."

Dieser Satz ist freilich recht bald in Vergessenheit geraten. Der Bundesrat hat trotz dieser einschränkenden Erklärung wenige Monate später bereits beginnend mit einer langen Reihenfolge von Verordnungen, insbesondere auf dem Gebiete der Sozialversicherung, eingegriffen und ist auch vom Reichstage mehrfach direkt dazu aufgefordert worden. Man hat allerdings dann Bedenken getragen, von den im Ermächtigungsgesetz gegebenen Befugnissen Gebrauch zu machen, wenn Widerspruch im Reichstage befürchtet wurde, und das war z. B. der Fall, als es sich um den Ersatz der weggefallenen Mitglieder der Krankenkassenorgane handelte und der Vorstand des Ortskrankenkassenverbandes einer von einem anderen Kassenverbande vorgeschlagenen Regelung widersprach. Dem Widerspruch der Landesversicherungsanstalten gegen die Belastung mit vorläufig mindestens 100 Millionen, denen weitere Hunderte von Millionen folgen würden, ist, wenigstens von der Reichsregierung, ein gleiches Gewicht nicht beigemessen.

Ob der Bundesrat von unseren Einwendungen Kenntnis erhalten hat, und wie er sie nachträglich noch bewerten wird, nachdem er einmal Stellung genommen hat, steht dahin. Eine andere Frage aber ist die, ob nicht der Reichstag, der der Sache noch unbefangen gegenübersteht, unseren Gründen volle Beachtung schenken und vom Bundesrat die Abänderung einer Verordnung verlangen wird, die im geraden Widerspruch gegen Beschlüsse des Reichstages ergangen ist.

Im § 3 Abs. 2 des Ermächtigungsgesetzes heißt es: „Diese Maßnahmen sind dem Reichstag bei seinem nächsten Zusammentritt zur Kenntnis zu bringen und auf sein Verlangen aufzuheben." Der Reichstag wird sich also, wenn er in etwa 14 Tagen zusammentritt, auch ohne eine Anregung von unserer Seite mit der Frage zu befassen haben, ob er die Verordnung unbeanstandet lassen will. Es fehlt auch nicht an einem Vorgange. Durch die Bundesratsverordnung vom 3. August v. J. wurden auf Grund des Ermächtigungsgesetzes, kurz gesagt, die Kinos der Konzessionspflicht unterworfen. Am 30. August wurde das Inkrafttreten der Verordnung um zwei Monate hinausgeschoben und am 26. Oktober wurde sie ganz aufgehoben, ob auf ausdrückliches Verlangen des Reichstages oder, weil der Bundesrat sich nachträglich überzeugte, daß sie ein Fehlgriff war, ist mir nicht bekannt. Ich glaube nicht, daß wir zu dem Ergebnis kommen werden, die völlige Aufhebung der Verordnung vom 3. d. Mts. zu fordern, wenn wir auch den lebhaften Wunsch haben mögen, daß sie in allen Teilen anders ausgefallen wäre. Nachdem sie einmal ergangen ist, werden wir uns, wie mir scheint, mit manchem abfinden und auf die Forderung beschränken müssen, daß sie durch Streichung der §§ 9—12 geändert werde, die ja erst nach Jahresschluß zur Anwendung gelangen würden, und daß, wenn, wie bereits angekündigt ist, über das Jahr 1918 hinaus Beihilfen gewährt werden sollen, andere Grundsätze dafür aufgestellt werden.

Zunächst möchte ich nun auf die Vorgeschichte der Bundesratsverordnung, soweit sie mir bekannt geworden ist, eingehen. Sie wird vermutlich den

*) Bericht, erstattet in der Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten zu Leipzig am 19. Januar 1918. Zu vgl. den kurzen Bericht in Heft 4 der „Arbeiter-Versorgung" S. 74.

meisten von Ihnen manches Neue bringen und damit die Unterlagen für die zu fassende Entschließung.

Bereits im Jahre 1915 wurde einer Anzahl von Anstaltsvorsitzenden, die aus anderem Anlaß zu einer Besprechung eingeladen waren, nach deren Schluß im Reichsversicherungsamt die Frage vorgelegt, ob nicht, entsprechend einer Anregung aus Kreisen der Versicherten, den Rentenempfängern aus den für die Kriegswohlfahrtspflege bereitgestellten Mitteln ein Teuerungszuschlag zu den Renten gewährt werden könne. Das Ergebnis der Aussprache war eine durchaus ablehnende Stellungnahme. Man ging davon aus, daß die zur Verfügung stehenden Mittel nicht im entferntesten dazu ausreichen würden, allen Rentenempfängern eine Zulage in einigermaßen ausreichender Höhe zu gewähren, daß es aber für die Versicherungsanstalten ebenso verfehlt sein würde, ungenügende Zuschüsse zu zahlen, wie deren Gewährung von dem Bedürfnis der einzelnen Rentenempfänger abhängig zu machen, ganz abgesehen davon, daß sie gar nicht in der Lage sein würden, in eine Prüfung der Bedürftigkeit bei mehr als einer Million Rentenempfänger einzutreten. Eine wesentliche Erhöhung der für die Kriegswohlfahrtspflege ausgeworfenen Mittel konnte schon deshalb nicht für tunlich erachtet werden, weil einige Monate vorher in der bekannten Berliner Versammlung von Versichertenvertretern bei den Organen der Versicherungsanstalten ohne jeden Widerspruch die in der Versammlung vom 31. August 1914 angenommenen 5 v. H. des Vermögensbestandes als das Alleräußerste bezeichnet waren, das für die gesamten Kriegsfürsorgezwecke verausgabt werden dürfe, und nachdrücklichst betont war, daß die Landesversicherungsanstalten dem Reich und daneben den Bundesstaaten und Gemeinden die Erfüllung ihrer gesetzlichen und moralischen Pflichten in keiner Weise abnehmen dürften. Das war auch von jeher der Standpunkt der beamteten Vorstandsmitglieder gewesen. Selbst wenn man sich über die rechtlichen Bedenken gegen eine wohl nicht mehr im Rahmen des § 1274 RVO. sich haltende Erhöhung der Renten mit Rücksicht auf die besonderen durch den Kriegszustand gegebenen Verhältnisse zugunsten der notleidenden Rentenempfänger hätte hinwegsetzen wollen, konnte die Aufgabe dieses Standpunktes nicht mehr in Frage kommen, nachdem eine Versammlung von Versichertenvertretern aus allen Teilen des Reiches ihm in so einmütiger Weise beigetreten war. Die einzelnen Versicherungsanstalten, bei denen Anträge auf Gewährung von Rentenzulagen gestellt wurden, haben sich auch ablehnend verhalten.

Im März 1917 richtete dann die Generalkommission der freien Gewerkschaften an den Reichstag die Bitte, eine Erhöhung der Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung um die Hälfte, eine Umrechnung der Unfallrenten, die nach einem niedrigeren Jahresarbeitsverdienst festgesetzt waren, nach den am 31. Dezember 1916 geltenden Sätzen und eine Erhöhung der Unfallrenten von 50—75 v. H. um ein Fünftel, der höheren Unfallrenten und der Hinterbliebenen- und Aszendentenrenten um ein Drittel für die Zeit vom 1. Januar 1917 ab als Kriegsmaßnahme auf Grund des Ermächtigungsgesetzes in Anregung zu bringen. In der Eingabe wurde der ablehnende Standpunkt der Versicherungsanstalten als berechtigt anerkannt, aber doch die Ansicht vertreten, daß das Vermögen der Versicherungsträger mit seinen 2¼ Milliarden die Belastung infolge der Erhöhung mit rund 69 Millionen Mark — weitere rund 31 Millionen Mark würden zu Lasten der Reichskasse gehen — wohl ertragen könne. Die Zahl der Rentenempfänger, bei denen die Rentenerhöhung nicht dringlich sei, würde, so hieß es in der Eingabe, so gering sein, daß die mit ihrer Aussonderung verbundene Arbeit nicht in richtigem Verhältnis zu den etwa ersparten Rentenbeträgen stehen würde. Daß es sich bei der geforderten Fürsorge für die beiden Jahre 1917 und 1918 um doppelt so hohe Beträge handeln würde, ist den Antragstellern anscheinend entgangen.

Bezüglich der Unfallrenten wurde ausgeführt, daß sie an sich zwar auskömmlicher bemessen, aber vielfach auf Grund früherer, weit niedrigerer Durchschnittssätze festgesetzt seien, daß die Zahl der zu erhöhenden Renten und der Betrag der Rentenerhöhung nicht allzu erheblich sein werde und deshalb wohl aus den 580 Millionen Mark Reserven der Versicherungsträger gedeckt werden könne, daß es sich aber auch durchaus rechtfertigen würde, die Kosten dem Reiche zuzuschieben, da es sich um eine vorübergehende, mit der Beendigung des Krieges in Fortfall kommende Notmaßnahme handle, die durch den Krieg veranlaßt sei.

Nachdem ein entsprechender Antrag vom Reichshaushaltsausschuß bereits abgelehnt war — ein schriftlicher Bericht ist darüber nicht erstattet — nahm ein Antrag Albrecht — Nr. 676 der Reichsdrucksachen — in seiner Ziffer 5 die Bitte wieder auf, wurde aber in der Vollversammlung des Reichstags vom 22. März v. J. ebenfalls abgelehnt. Dagegen fand ein Antrag Bassermann — Nr. 686 der Reichsdrucksachen —, daß auf Grund des Ermächtigungsgesetzes vom 1. April 1917 ab den Personen, die auf Grund der Reichsversicherungsgesetze Renten empfangen, im Falle der Bedürftigkeit angemessene Zulagen für die Dauer des Krieges aus Reichsmitteln gewährt werden, die Mehrheit, nachdem er durch einen Antrag Spahn — Nr. 691 der Reichsdrucksachen — auf die Empfänger von Knappschaftsrenten ausgedehnt war. Bei den Verhandlungen am 21. und 22. März 1917 erklärte der Staatssekretär Dr. Helfferich — S. 2580 B — unter Bezugnahme auf die Ausschußberatung, daß dem (später abgelehnten) Antrage Albrecht in der vorliegenden Form nicht entsprochen werden könne, aber geprüft werde, ob die Kriegswohlfahrtspflege auch Arbeitsunfähigen zugute kommen könne. Die Abgeordneten sprachen zwar überwiegend von anderen Sachen, insbesondere auch von der Schadloshaltung der Krankenkassen wegen der nach Friedensschluß zu erwartenden starken Belastung durch die Kriegsteilnehmer. Eine ganze Reihe derselben — Mumm S. 2570 D, Heckmann 2640 C, Behrens 2640 U, Koßmann S. 2642 A — erkannte aber ausdrücklich an, daß man die Vermögen der Versicherungsanstalten mit den Teuerungszulagen nicht belasten könne, ohne ihre Sicherheit und Leistungsfähigkeit in Frage zu stellen. Dabei wurde hervorgehoben, daß an die Versicherungsträger nach Friedensschluß außerordentlich große Ansprüche herantreten werden, um den Gesundheitszustand des Volkes wiederherzustellen, daß, wenn hier die Kriegswohlfahrtspflege in Anspruch genommen werde, an den Grundlagen der sozialen Versicherung, auf die sie aufgebaut sei, nicht gerüttelt werde, daß man an die Knappschaftskassen und dergleichen Einrichtungen die Forderung nicht stellen könne, ihren Invaliden und Witwen über die gesetzlichen Leistungen hinaus zu helfen.

Der Reichstag hat sich also, um die Worte des Ministerialdirektors Caspar in der Sitzung vom 13. Juli v. J. — S. 3561 D — zu gebrauchen, „in Übereinstimmung mit der Reichsverwaltung auf den Standpunkt gestellt, daß dem wirklichen Bedürfnisse, welches nach persönlichen und örtlichen Verhältnissen verschieden ist, besser Rechnung getragen wird, wenn diesen Rentenempfängern nach Prüfung des Einzelfalles bei Bedürftigkeit angemessene Zulagen gewährt werden".

Im Anschluß an diese Ausführungen gab der genannte Regierungsvertreter auf die an den Reichskanzler gerichtete Anfrage die weitere Antwort: „Dem dabei vom Reichstag geäußerten Wunsche, es möchten hierfür während der Kriegszeit Reichsmittel zur Verfügung gestellt werden, ist durch ein Rundschreiben vom 12. Mai 1917 Rechnung getragen worden, durch welches die Bundesregierungen darauf aufmerksam gemacht worden sind, daß, wenn im Wege der gemeindlichen Kriegswohlfahrtspflege den Rentenempfängern Zuschüsse gewährt werden, es nach dem darüber ergangenen Bundesratsbeschlusse vom 17. Dezember 1914 zulässig ist, die Ausgaben dafür zur Gewährung der Reichsbeihilfe anzumelden."

Bei den Beratungen des Reichshaushaltsausschusses im Herbst 1917 wurde dann der am 22. März v. J. vom Reichstag abgelehnte Antrag von neuem eingebracht. Der Unterstaatssekretär Schwander — Ausschußbericht Nr. 1103 der Drucksachen S. 28 — bezeichnete die Deckung des Mehraufwandes durch Heranziehung der Reservefonds einzelner Versicherungsträger als ganz unmöglich, da es sich wahrscheinlich um dauernde Ausgaben handle, die durch Beiträge gedeckt werden müßten, was eine Erhöhung der Beiträge um mindestens die Hälfte der heutigen Sätze bedeuten würde. Eine Reihe von Versicherungsträgern würde die Ausgaben nicht aus laufenden Einnahmen, sondern nur durch einen mit Verlusten verbundenen Verkauf von Wertpapieren decken können. Die zweifellos ganz bedeutenden wirtschaftlichen und finanziellen Folgen des Antrags hätten in ihrer vollen Tragweite noch nicht geprüft werden können und deshalb sei eine endgültige Stellungnahme nicht möglich. Nach seinem Anschlag würde die Erhöhung der Leistungen der Invalidenversicherung um 50 v. H. „einen Mehraufwand von rund 150 Millionen Mark ausmachen, woran das Reich wiederum mit 45 Millionen Mark beteiligt wäre", wogegen die Erhöhung der Unfallrenten finanziell nicht von so großer Bedeutung sein werde, obwohl einzelne Berufsgenossenschaften „ebenfalls in eine nicht allzu rosige Lage kommen" würden.

Um diesen regierungsseitig vorgebrachten Bedenken Rechnung zu tragen, wurde von dem Abgeordneten Giesberts der Antrag 587 gestellt — a. a. O. S. 29 —, daß die Kosten aus Reichsmitteln gedeckt werden sollten, und nach Annahme eines Antrags, der die Ausdehnung auf die Knappschaftsrenten bezweckte, folgender Beschluß gefaßt:

„die verbündeten Regierungen zu ersuchen, auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) eine Verordnung zu erlassen, wonach mit rückwirkender Kraft vom 1. Januar 1917 ab als Kriegsmaßnahme aus Mitteln der Kriegsfonds für die Jahre 1917 und 1918 ein Zuschlag gezahlt wird mit der Maßgabe, daß

a) die auf Grund der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung oder der früheren Gesetze über die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gezahlten Renten um 50 v. H. erhöht werden,

b) zu den Unfallrenten von 50 bis 75 v. H. einschließlich ein Zuschlag von 20 v. H. und zu den höheren Unfallrenten, sowie den Hinterbliebenen- und Aszendentenrenten ein Zuschlag von 33⅓ v. H. zu zahlen ist,

c) zu den landesgesetzlichen Knappschaftsrenten ein Zuschlag von 33⅓ v. H. zu zahlen ist".

Dem Beschluß wurde dann am 10. Oktober v. J. vom Reichstage selbst zugestimmt. Aus den Berichten der Zeitungen mit Einschluß des Reichsanzeigers war nichts darüber zu entnehmen. Aber auch der stenographische Bericht — S. 2938 — bietet sehr wenig. Danach hat nur ein Regierungsvertreter das Wort ergriffen, die Kosten der vom Ausschuß geforderten Mehraufwendungen auf jährlich 2 Milliarden beziffert, dabei die Belastung durch die beantragten Rentenzulagen auf monatlich 12½ Millionen, also jährlich 150 Millionen, veranschlagt und anschließend geäußert, daß er nicht zu dem Inhalt der Resolutionen Stellung zu nehmen, sondern nur kurz darauf hinzuweisen habe, daß die gewaltige Höhe der Kosten Veranlassung geben müsse, aufs genaueste zu prüfen, ob und inwieweit den Resolutionen Folge gegeben werden könne, und ob dies auf dem vom Hauptausschuß vorgeschlagenen Wege oder in anderer Weise zu geschehen haben werde. Dann wurden die vom Hauptausschuß gestellten Anträge, von denen der hier besprochene unter Ziffer 10 aufgeführt war, ohne jede weitere Bemerkung in einer Abstimmung angenommen.

Zwei Tage vorher, am 9. Oktober v. J., tagte der Ständige Ausschuß. Ich hatte mir den Wortlaut des Ausschußantrages verschafft, von dem ich durch Zeitungsberichte erfahren hatte, und regte eine Besprechung der nicht auf der Tagesordnung stehenden Angelegenheit wegen ihrer großen Bedeutung für die Landesversicherungsanstalten an. Freilich ging ich damals davon aus, daß die Kosten gemäß dem Beschluß des Ausschusses, das erste und einzige, das mir bis dahin bekannt geworden war, aus Reichsmitteln würden bestritten werden. Ich wies also nur auf die Unmöglichkeit hin, gegenwärtig die Unterlagen zu beschaffen, auf Grund deren Nachzahlungen für 1917 würden geleistet werden können, auf die Notwendigkeit, auch für das Jahr 1918 ein Verfahren zu wählen, das die Zahlungsleistung ohne besondere Anweisungen der Landesversicherungsanstalten gestatte, da diese unmöglich für weit über eine Million laufender Renten neue Anweisungen in kürzester Zeit erteilen könnten, machte zum Schluß aber bereits darauf aufmerksam, daß man allgemein eingeführte Mehrzahlungen schwerlich werde wieder aufheben können.

Man trat diesen Ausführungen bei und beschloß, beim Reichsversicherungsamt zu beantragen, daß die Angelegenheit gelegentlich einer am 29. Oktober beim Reichsversicherungsamt stattfindenden Besprechung zur Erörterung gelange. Leider fand diese uns zugesicherte Erörterung dann nicht statt.

Bei dem beschränkten dem Ständigen Ausschuß erteilten Auftrage, der ihn zu irgendwelcher Stellungnahme nach außen nicht berechtigt, konnte jetzt nur noch in Frage kommen, ob eine Vollversammlung einzuberufen sei, und dazu schien damals kein aus-

reichender Grund vorzuliegen, oder allen Anstalten schriftlich nahe zu legen, daß sie im Sinne unserer Bedenken Stellung nehmen möchten, damit das Ergebnis der Umfrage dann verwertet werden könne. Das erschien zwecklos, weil anzunehmen war, daß die Entschließung bei den zuständigen Stellen fallen würde, bevor das Ergebnis der Umfrage vorgelegt werden könne. Man mußte ja mit der Einführung von Beihilfen zum 1. Januar 1918 rechnen.

Da kam plötzlich das Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 1. Dezember v. J. mit dem Plane einer Regelung der Angelegenheit in der Weise, wie sie nunmehr durch die Verordnung vom 3. Januar d. J. erfolgt ist, und forderte eine berichtliche Äußerung bis zum 17. Dezember. Der Ständige Ausschuß trat am 8. Dezember v. J. zusammen und beschloß, das Reichsversicherungsamt unter Darlegung der großen gegen den Plan sprechenden Bedenken um die sofortige Einberufung einer Vollversammlung zu bitten. Die Bitte wurde bekanntlich am 19. Dezember v. J. abgelehnt, mit der Begründung, daß die Entscheidung an zuständiger Stelle bereits getroffen sei. Am zweiten Tage nach Ablauf der den Anstalten für die Berichterstattung gesetzten Frist, also zu einer Zeit, als man kaum im Reichswirtschaftsamt schon Kenntnis von dem Ergebnis der Umfrage haben, jedenfalls nicht mit den übrigen beteiligten Stellen darüber in Verhandlung getreten sein konnte, war man sich demnach bereits darüber schlüssig, daß von dem aufgestellten Plane nicht abgegangen werden solle. Der Wert, den man der Umfrage beimessen wollte, läßt sich danach ermessen.

Inzwischen hatten nicht nur alle Versicherungsanstalten, die sich dem Ständigen Ausschuß gegenüber äußerten, die größten Bedenken geltend gemacht, sondern es war auch bekannt geworden, daß die Berufsgenossenschaften dem Plane des Reichswirtschaftsamts entschieden widersprachen. So trat der Ständige Ausschuß denn am 9. Januar nochmals zusammen und erfuhr zu seinem größten Erstaunen, daß man im Reichswirtschaftsamt der Meinung sei, die Versicherungsanstalten seien mit der inzwischen erfolgten Regelung durchaus einverstanden, wenn nur die Beiträge ausreichend erhöht würden. Er beschloß nunmehr, die Vollversammlung seinerseits einzuberufen und außer den Sonderanstalten auch die beiden großen Verbände der Berufsgenossenschaften zur Beteiligung einzuladen, mit der Anheimgabe, auch ihrerseits Berichterstatter zu bestellen. Ihn leitete dabei die Überzeugung, daß die Versicherungsanstalten die Wahrnehmung der ihnen anvertrauten Interessen in unverantwortlicher Weise vernachlässigen würden, wenn sie nicht gegen eine so tiefgehende Schädigung derselben unverweilt mit allem Nachdruck Einspruch erheben würden. Gestern hat dann der Ständige Ausschuß gemeinsam mit den übrigen Berichterstattern den Entwurf der Ihnen unterbreiteten Entschließung aufgestellt.

Bevor ich auf die Frage eingehe, wie denn nun zu der Bundesratsverordnung vom 3. Januar d. J. Stellung zu nehmen ist, darf ich darauf aufmerksam machen, daß in den letzten 14 Tagen eine Reihe halbamtlicher Mitteilungen, im gewöhnlichen Zeitungsdeutsch Waschzettel genannt, an die größeren Blätter hinausgegangen sind — mir sind deren drei bekannt geworden —, die nicht nur für die Auslegung der Bundesratsverordnung, sondern auch für die weiteren Absichten der Reichsregierung von großer Bedeutung sind. Die Krankenkassenverbände erfreuen sich auch in dieser Beziehung einer besseren Behandlung, indem ihnen derartiges Material amtlich übermittelt wird. Mit der Auslegung der Verordnung will ich mich hier übrigens nicht befassen, sondern mich auf die Bemerkung beschränken, daß es nicht einmal für erforderlich erachtet ist, zweifelsfrei auszusprechen, daß die 100 Millionen aus dem Gemeinvermögen der Versicherungsanstalten gedeckt werden sollten. Ich möchte auch die dringende Bitte aussprechen, daß, wenn der Wunsch besteht, Zweifelsfragen, deren bereits eine ganze Reihe hervorgetreten ist, heute zu erörtern und dadurch auf eine einheitliche Ausführung der Verordnung hinzuwirken, das in einer besonderen Aussprache nach Abschluß dieser Beratung geschehen möge.

Die Frage aufzuwerfen, ob der Bundesrat formell berechtigt war, auf Grund des Zuständigkeitsgesetzes die Angelegenheit entgegen dem Reichstagsbeschluß unter Belastung der Versicherungsanstalten zu regeln, ist zwecklos. Die Zusicherung in der Begründung des Gesetzes, daß es auf sozialpolitischem Gebiete nicht zur Anwendung gebracht werden solle, ist längst hinfällig geworden, und im vorliegenden Fall hat der Reichstag den Bundesrat geradezu aufgefordert, von seiner Befugnis Gebrauch zu machen. Wenn das in einer von den Beschlüssen des Reichstags in allen wesentlichen Punkten abweichenden, man muß sagen, ihnen geradezu widersprechenden Weise geschehen ist, so berührt das nicht die formelle Zuständigkeit, sondern nur die Frage, ob der Reichstag sich diese Außerachtlassung seiner wiederholten Beschlüsse gefallen läßt oder verlangt, daß die im Widerspruch mit seiner Ansicht getroffene Regelung sofort oder später geändert werde.

Wenn man nun sachlich zu den Bestimmungen der Bundesratsverordnung Stellung nehmen will, so muß man sich gegenwärtig halten, daß einem wirklich, zum Teil vielleicht auch nur vermeintlich bestehenden Notstande unverweilt abgeholfen werden soll. Wege, die erst nach längerer Zeit Erfolg versprechen, müssen jetzt ausscheiden. Das gilt m. E. gegenwärtig auch von dem Wege, den die Reichsregierung zur Ausführung des Reichstagsbeschlusses vom 22. März 1917 in dem Rundschreiben vom 12. Mai 1917 eingeschlagen hatte, und noch am 13. Juli im Reichstage als den sachlich richtigen bezeichnen ließ. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß jener Reichstagsbeschluß eine Art passiven Widerstand gefunden hat. Es hat den Anschein, als wenn man an vielen Orten mit Erfolg bemüht gewesen ist, zu verhüten, daß die Beteiligten von der Absicht, ihnen Beihilfen zur Abstellung einer Notlage zu gewähren, etwas erfahren könnten. Vielerwärts ist die Kunde davon jedenfalls nicht aus den Amtsstuben herausgekommen, gleich als wenn es sich um geheime Verfügungen gehandelt hätte. Die Amtsblätter der beteiligten preußischen Ministerien bringen erst im September etwas darüber, was sich aber nur auf Knappschaftsrenten bezieht, und erst in einem vor einigen Tagen erschienenen Stück vom 31. Dezember v. J. findet sich eine an die Regierungspräsidenten gerichtete Verfügung, in der aus Anlaß eines Einzelfalls daran erinnert wird, daß die Empfänger von Renten der Arbeiterversicherung bei Bedürftigkeit mit besonderen Zuschüssen im Wege der Kriegswohlfahrtspflege unterstützt werden sollten.

Das bayerische Ministerium des Innern hat seine Verfügung anerkennenswerter Weise in der bayerischen Staatszeitung bekannt gemacht, aber sie ist erst vom 20. September 1917 datiert. Für mich war das die erste Kunde, aus der übrigens nicht zu entnehmen

war, daß es sich um eine für das ganze Reich ergriffene Maßnahme handle. In meiner Heimat konnte ich feststellen, daß die Benachrichtigung der unteren Verwaltungsbehörden bereits am 20. Mai 1917, also wohl sofort nach dem Eintreffen des Rundschreibens vom 12. Mai 1917 erfolgte, daß aber von einer Beachtung der Weisung nirgends etwas bekannt geworden ist, insbesondere auch diejenigen Stellen, an denen die Beratung der beteiligten Kreise erfolgte, keine Kenntnis erhalten hatten.

So ist es denn nicht zu verwundern, daß weder bis zum 13. Juli v. J., als die Angelegenheit zum ersten Male im Reichstage wieder zur Sprache kam, noch im Oktober, als Hauptausschuß und Reichstag wiederholt ihre Beschlüsse faßten, von einer durchgreifenden Wirkung der infolge der Märzbeschlüsse des Reichstags ergriffenen Maßnahmen die Rede sein konnte. Daß diese nicht so vollständig versagt haben würden, wenn man rechtzeitig die Hilfe der Öffentlichkeit in Anspruch genommen und dadurch nicht nur die Beteiligten auf die ihnen in Aussicht gestellten Beihilfen aufmerksam gemacht, sondern auch auf die Stellen, welche die Beihilfen zu bewilligen hatten, den erforderlichen Druck ausgeübt hätte, unterliegt für mich keinem Zweifel.

Es war nicht der zunächst eingeschlagene Weg ein falscher, sondern er ist nur nicht in der richtigen Weise beschritten worden. Er allein bietet, wie die Regierung noch am 13. Juli 1917 im Reichstage erklären ließ, die Gewähr dafür, daß die örtlichen und persönlichen Verhältnisse in gebührender Weise berücksichtigt werden, daß da, wo ein dringender Notstand nicht vorliegt, eine Beihilfe nicht gewährt wird und die so ersparten Mittel es ermöglichen, wirklichen Notständen im vollen Umfange abzuhelfen. Die Versicherungsanstalten würden, selbst wenn sie über den Rahmen der Reichsversicherungsordnung hinaus zur Gewährung solcher Notstandsbeihilfen berufen waren, tatsächlich außerstande sein, die persönlichen Verhältnisse von 1½ Millionen Rentenempfängern zuverlässig festzustellen und dauernd zu überwachen. Sie müßten nach der Schablone arbeiten und, wenn diese auch etwas sorgfältiger ausgearbeitet sein könnte, als die der Bundesratsverordnung, die auf jegliche Unterscheidung verzichtet, so würde das angestrebte Ziel doch nicht in dem Umfange erreicht werden können, wie es nicht nur im Interesse der Beteiligten, sondern auch mit Rücksicht auf die Höhe der in Anspruch genommenen Beträge erwartet werden muß.

In dem zweiten der früher erwähnten Waschzettel werden — das ist beachtenswert — die Empfänger von Alters- und Waisenrenten ausdrücklich auf den Weg der gemeindlichen Kriegswohlfahrtspflege verwiesen, und ich weiß nicht, ob man den Mut haben wird, einem Invalidenrentner in der Großstadt, der für heranwachsende Kinder zu sorgen hat, diesen Weg zu sperren, wenn er demnächst monatlich 8 *M* mehr für 4 oder 6 Personen aufwenden kann. Es würde ja sonst die Verordnung vom 3. Januar d. J. für ihn geradezu eine Verschlechterung bedeuten. Wenn dieser Weg also doch nicht entbehrt werden kann, so liegt es außerordentlich nahe, zu prüfen, ob er nicht von neuem für die Gesamtheit der Rentenempfänger zu beschreiten ist, wenn die Wirkungszeit der jetzigen Verordnung mit Jahresschluß abgelaufen sein wird. Die jetzt eingetretene Mobilmachung der Rentenempfänger wird schon dafür sorgen, daß die Sache nicht nochmals einschläft.

Aber ich will auf diese Fragen hier nicht weiter eingehen, auch keine positiven Vorschläge gemacht haben, sondern mit meinen Ausführungen nur darlegen, daß mir die Gründe, weshalb der im Mai v. J. eingeschlagene Weg versagte, nicht unbekannt geblieben sind, daß ich sie würdigte, aber doch zu dem Schluß komme, daß dieser Weg gegenwärtig ausscheidet. Gewiß hätten die Anfrage im Reichstage im Juli und die Verhandlungen im Oktober v. J. Anlaß zu einem ernstlichen Eingreifen geben müssen, und es wäre damals auch noch ein Erfolg zu erwarten gewesen. Jetzt mußte ein anderer Weg gesucht werden.

Gleichwohl kann der Weg, den die Bundesratsverordnung eingeschlagen hat, nicht gebilligt werden. Er entspricht weder den Absichten des Reichstags, noch wird er dem Bedürfnis gerecht, noch endlich berücksichtigt er, was doch in erster Linie erwartet werden muß, die Gebote von Recht und Billigkeit. Es wird eine große Summe Geldes, mindestens 100 Millionen Mark im laufenden Jahre, verteilt — man kommt in Versuchung, zu sagen, vertan —, und doch erhalten diejenigen, bei denen die Not am größten ist und auch das volkswirtschaftliche Interesse am dringendsten ein Eingreifen fordert, entweder gar nichts oder doch nichts auch nur annähernd Ausreichendes. Von den mehr als ¾ Millionen Rentenempfängern, welche in diesem Jahre Rentenzulagen erhalten werden, würden viele Hunderttausende auch dann keine Not leiden, wenn ihnen diese Erhöhung ihrer Bezüge nicht zuteil wird. Aber ebenso vielen Hunderttausenden ist auch mit einer Erhöhung ihrer Einnahmen um monatlich 8 *M* nicht geholfen. Entweder müssen sie weiter darben, oder sie fallen, wenn nicht für sie doch die gemeindliche Kriegswohlfahrtspflege eintritt, der Hilfe des Armenverbandes anheim, dem dann die Beihilfe zugute kommt. Ihren Zweck hat sie unter allen Umständen verfehlt.

Der Reichstag wünschte die Erhöhung der Renten um die Hälfte. Wer nur kurze Zeit in der untersten Lohnklasse versichert war, unter einfachen Verhältnissen auf dem Lande lebt, wo nur wenig von der Teuerung verspürt wird, weil man ja in der Hauptsache von den selbstgewonnenen Erzeugnissen lebt und es im Grunde gleichgültig ist, welchen Wert sie haben, würde mit dem vom Reichstage ihm zugedachten Zuschuß von jährlich 50 *M* immer noch weit besser gestellt sein, als der invalide Vater von einem halben Dutzend hungriger, stets neuer Kleidung bedürfender Kinder in der Großstadt, der im Sinne des Reichstags zu seiner mit den Kinderzuschüssen erhöhten Rente weitere 250 *M* Zulagen erhalten sollte. Aber: „Das Schicksal setzt den Hobel an und hobelt alles gleich." Der erstere, für den vielleicht nicht einmal die 50 *M* unbedingt notwendig waren, soll rund das Doppelte erhalten, der letztere, der an Versicherungsbeiträgen das Zehnfache gezahlt hatte, erhält trotz seiner vielfach größeren Bedürftigkeit weit unter der Hälfte von dem, was der Reichstag ihm zugedacht hatte. Ich glaube, so wenig der Invalide seine Kinder sättigen wird durch Zuhilfenahme der Zulagen, die der andere bekommt, so wenig wird auch bei ihm durch die Rentenzulagen ein Gefühl größerer Zufriedenheit ausgelöst werden, wenn er sich sagt, er sei mit jenem anderen gleich behandelt worden. Der gute Erfolg, der mit einer Summe von 100 Millionen bei richtiger Verteilung hätte erreicht werden können, bleibt in jeder Beziehung aus.

Wenn wir davon lebhaft überzeugt sind, und ich glaube, daß das bei uns allen der Fall ist, dann haben wir auch die Verpflichtung, das mit aller Entschiedenheit zum Ausdruck zu bringen, damit auf dem Wege, den die ersten 100 Millionen wandern werden, nicht demnächst noch weitere Hunderte von Millionen folgen. Unterlassen wir das, so tragen wir einen

Teil der Schuld, wenn auch für die Zukunft eine Besserung nicht eintritt. Denn man muß von uns mit Recht erwarten, daß wir unserer Überzeugung offen Ausdruck geben, selbst wenn es augenblicklich an der einen oder anderen Stelle unbequem empfunden werden sollte. In dem angestrebten Ziele sind wir ja alle einig, und es handelt sich nur um die Wahl des besten Weges. Wer selbst Pflichtgefühl besitzt, der verargt es niemandem, wenn er seinem Pflichtgefühl folgt. Er würde im Gegenteil die Unterlassung nicht billigen. Wie aber wollen wir vor unseren Versicherten bestehen, wenn wir bei einer so wichtigen Frage mit unserer Meinungsäußerung zurückhalten wollten?

Wer soll nun die Kosten dieses recht teueren Lehrmittels zahlen? Sprechen sachliche Gründe dafür oder sind die Versicherungsanstalten deshalb ausgesucht, weil man glaubte, daß sie am wenigsten schreien würden? Als im März 1917 im Reichstage der Gedanke auftauchte, sie mit den Kosten der Fürsorge zu belasten, wurde regierungsseitig mit Recht der Einwand erhoben, daß die Versicherungsträger keine Mittel zur Deckung dieser Kosten hätten. Der Reichstag trat dieser Auffassung bei und beschloß die Belastung des Reiches mit den Kosten.

Was hat sich denn nun eigentlich seitdem geändert und, was würde sich ändern, wenn, wie die mehrfach erwähnten Waschzettel bereits andeuten, vom 1. Januar 1919 ab die Beiträge um mehr als die Hälfte erhöht werden? Dann werden die Versicherungsanstalten zwar über größere Mittel verfügen, aber — das Wort richtig verstanden — doch noch keine Mittel zur Deckung der durch die Bundesratsverordnung verursachten Ausgaben haben.

Lassen Sie mich das an einem Beispiel zeigen: Es beklagen sich die kleinen Rentner, die sich durch Einzahlungen eine bescheidene Leibrente oder ein mit der Vollendung des 65. Lebensjahres fällig gewordenes Kapital gesichert haben, daß ihr karges Einkommen, auf das sie in ihren alten Tagen ausschließlich angewiesen seien, bei den so stark gestiegenen Preisen durchaus unzureichend geworden sei. Was den Rentnern der Arbeiterversicherung recht ist, müßte doch denen der Privatversicherung billig sein. Also wird auf Grund des Ermächtigungsgesetzes bestimmt, daß die Renten und die ausgezahlten Versicherungssummen für diese unzweifelhaft einer Unterstützung bedürftigen Leute um die Hälfte erhöht werden, natürlich nicht auf Kosten des Reiches, sondern auf Kosten der Gesellschaften, bei denen sie früher versichert waren. Damit nun aber diesen die Mittel für diese Nachzahlungen nicht fehlen, wird ihnen die Zusicherung gegeben, daß alsbald auch die Renten und Kapitalbeträge für die dem gegenwärtigen Versichertenbestande angehörenden Personen und gleichzeitig die von diesen zu zahlenden Prämien im Gesetzeswege um die Hälfte erhöht werden sollten. Eine Maßnahme zur Abhilfe einer wirtschaftlichen Schädigung ist das gewiß, die Befugnis des Bundesrats also in formaler Beziehung zweifellos gegeben. Ob aber der Reichstag den auf ihn gezogenen Wechsel akzeptieren würde, erscheint mir doch einigermaßen zweifelhaft, besonders, wenn der Gedanke, in der erwähnten Weise zugunsten der kleinen Rentner vorzugehen, bereits vorher unter einem Hinweis auf die großen Reserven der Gesellschaften in seiner Mitte erörtert und gerade auf die vom Regierungstisch her gemachten Einwendungen hin abgelehnt war. Daß der Bundesrat ihm zumutet, nachträglich zu billigen, was er vorher verworfen hatte, wird ihn kaum geneigt machen, seine Zustimmung zu geben, nachdem die Sache nun einmal geschehen ist. Sollte er sich überhaupt überzeugen lassen, daß den Versicherungsgesellschaften und dem gegenwärtigen Versichertenbestande kein Unrecht geschehe, da ja die Beiträge entsprechend erhöht werden sollten?

Was ist denn nun in unserem Falle anders? In der Hauptsache doch nur der Versicherungszwang, der aber dem Gesetzgeber Grund sein muß, um so sorgfältiger die Interessen der Versicherten zu achten, da den gegenwärtigen und künftigen Versicherungspflichtigen nicht die Möglichkeit geboten ist, sich der Zahlung von Versicherungsbeiträgen zu entziehen, die höher sind, als den in Aussicht stehenden Leistungen entspricht, weil die Versicherungsträger nachträglich gezwungen wurden, bereits abgefundenen Versicherten Leistungen zu gewähren, auf die sie nach den Versicherungsbedingungen keinen Anspruch hatten. Was geschehen soll, bedeutet, mag nun eine Beitragserhöhung erfolgen oder nicht, unter allen Umständen eine schwere Schädigung der Vermögenslage der Versicherungsanstalten und damit ein Unrecht gegen die gegenwärtigen und mehr noch gegen die künftigen Versicherten, deren Aussichten verschlechtert werden.

Gerade weil der Beitragsberechnung das Prämienverfahren zugrunde liegt, bildet das, was die Bundesratsverordnung hinsichtlich der Kostentragung vorsieht und was weiter geplant ist, einen Widerspruch gegen das innere Wesen der Versicherung, wie er ärger gar nicht gedacht werden kann. Er stellt sich aber auch als ein völliger Bruch dar mit dem, was bisher auf dem Gebiete der Invalidenversicherung tatsächlich rechtens war.

Als bei der Einführung der Versicherung vor nunmehr bald 30 Jahren stark belastende Übergangsbestimmungen getroffen wurden und ferner der Einheitsbeitrag mit seiner weitgehenden Bevorzugung der Alten und Schwachen vorgesehen wurde, gewährte man in dem Reichszuschuß eine der Mehrbelastung entsprechende Entschädigung. Bei der Einführung der Hinterbliebenenversicherung lehnte man es ab, auch den Hinterbliebenen solcher Versicherten, die vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung infolge Todes oder Eintritts der Invalidität aus dem Versicherungsverhältnis ausgeschieden waren, eine Versorgung zuteil werden zu lassen, doch gewiß nicht, weil sie einer Versorgung nicht bedurft hätten, sondern nur, weil es dem Wesen der Versicherung und den Forderungen von Recht und Billigkeit zuungunsten der künftigen Versicherten nicht entsprochen haben würde. Jetzt bekennt man sich plötzlist zu ganz anderen Grundsätzen.

Weil das Reich, die Gesamtheit der Steuerzahler, angeblich nicht imstande ist, zu allem anderen, was ihm aufgebürdet wird, auch noch die 100 Millionen zu tragen, wird man freigebig zugunsten der mit ihren Ansprüchen abgefundenen auf Kosten der gegenwärtigen und künftigen Versicherten. Denn deren Aussichten auf Empfang von Leistungen in der den Beiträgen entsprechenden Höhe wird in demselben Umfange vermindert, in dem jetzt früheren Versicherten Leistungen bewilligt werden, auf die sie auf Grund der Versicherung keinen Anspruch haben. Daß das auch dann nicht recht und billig sein würde, wenn die Versicherten tatsächlich wirtschaftlich leistungsfähiger wären als das Deutsche Reich, braucht wohl nicht besonders betont zu werden.

Weshalb übrigens jetzt die Belastung der Versicherungsträger, wo man es doch bei der Einführung der Reichswochenhilfe für selbstverständlich hielt, daß die Krankenkassen nur als Vermittlungsstellen eintreten könnten und gleich den Lieferungsverbänden ihre Auslagen vom Reich erstattet erhalten müßten?

Die Veranlassung des Eingreifens ist doch in beiden Fällen dieselbe: ein durch die Kriegsfolgen herbeigeführter Notstand, für dessen Beseitigung oder Linderung die Gesamtheit eintreten muß.

Und weiter: Hat man denn schon ganz vergessen, in wie schwerer Weise man die Leistungsfähigkeit der Invalidenversicherung dadurch herabgesetzt hat, daß in der Reichsversicherungsordnung ihnen die Belastung durch die Militärdienstzeiten aufgebürdet ist? Wir haben jetzt bereits Rentenempfänger zu berücksichtigen, für die so gut wie gar keine Beiträge geleistet sind, weil sie kurz nach dem Eintritt in die Versicherung zum Heeresdienst eingezogen wurden. Man hat damals dem Reichstag unter Hinweis auf die in der Vergangenheit liegenden Zahlen die Auffassung beizubringen gewußt, daß es sich um eine geringe Belastung handle, die zu unverhältnismäßig großen Weiterungen bei der Verteilung der Rentenlasten führe. Jetzt stellt die Belastung sich auf mehr als das Hundertfache der damals genannten Zahlen. Wenn die Lage des Reiches es gegenwärtig nicht gestattet, die Versicherungsanstalten wegen dieser Belastung schadlos zu halten, so hätte doch schon der Gedanke an diesen Vorgang davon abhalten sollen, ihnen weitere Lasten aufzubürden, um das Reich zu entlasten.

Endlich: Welche Unsicherheit im ganzen Versicherungswesen stellt sich ein, wenn man damit beginnt, grundsatzlos nachträglich nicht vorherzusehende Belastungen einzuführen! Ende 1916 hatten die Versicherungsanstalten und Sonderanstalten bereits über 500 Millionen Mark Vorschüsse aufgenommen, um gezeichnete Kriegsanleihen zu decken, das Siebenfache des Vermögenszuwachses im Jahre 1916. Im Jahre 1917 werden diese Schulden auf schätzungsweise 750 Millionen gestiegen sein, die Überschüsse, die durch das gewaltige Ansteigen der Rentenlast im Jahre 1916 außerordentlich stark beeinflußt sind, aber trotz der Erhöhung der Beiträge vermutlich weiter zurückgegangen sein. Welcher Anstaltsvorstand kann es verantworten, bei den nächsten Anleihen weiter zu zeichnen, wo die Zukunft sich so unsicher gestaltet, daß keine Vorausberechnung mehr möglich ist? Von anderer Seite wird Ihnen dargelegt werden, wie unheilvoll der Einfluß eines derartigen Vorgehens sein wird auf die freiwilligen Leistungen der Versicherungsanstalten, auf Heilverfahren, Invalidenhauspflege, Wohnungsfürsorge, durch die allein es gelungen ist, die in verfehlter Weise mit der Altersrente eingeführte Invalidenversicherung volkstümlich zu machen. Freilich kommen solche Erwägungen erst in zweiter Linie in Betracht. Sie können und müssen uns veranlassen, um so lebhafter gegen die neue Belastung uns zu wenden. Aber sie treffen nicht den Kern der Frage. Das ist und bleibt die Tatsache, daß es sich um die im Interesse der Gesamtheit liegende Befriedigung von Bedürfnissen ehemaliger Versicherten handelt, die mit dem früheren Versicherungsverhältnis in keinerlei Beziehungen stehen.

Gewiß wollen wir uns nicht gegen einen weiteren Ausbau der Versicherung wenden. Schon der im vorigen Jahre auf der Heidelberger Tagung einmütig gefaßte Beschluß, der einen Ausbau im Sinne einer wirksamen Bevölkerungspolitik fordert, muß uns vor einem solchen Vorwurf schützen, und wenn wir vor zwei Jahren an dieser Stelle, über die damalige Regierungsvorlage hinausgehend, eine Erhöhung der Invaliden- und Waisenrenten zugunsten der kinderreichen Familien forderten, so war auch das ein wenn auch nur bescheidener Schritt auf diesem Wege. Daß der Reichstag trotz des Widerspruchs der Regierung damals auf unsere Anregungen einging, mag uns auch heute die Zuversicht geben, daß wir für unsere Ideen bei ihm Verständnis finden.

Zu unserem großen Erstaunen haben wir in der letzten Sitzung des Ständigen Ausschusses, wie ich bereits oben erwähnte, vernommen, daß man im Reichswirtschaftsamte Vertretern von Berufsgenossenschaften, vielleicht um sie zu beschwichtigen, gesagt habe, die Versicherungsanstalten seien mit der geplanten Regelung im Grunde ganz einverstanden, wenn ihnen nur durch eine entsprechende Erhöhung der Beiträge die Deckung für die erhöhte Belastung verschafft werde. Ich glaube doch, wer unseren Meinungsäußerungen während der letzten Jahre eine auch nur ganz oberflächliche Beachtung geschenkt hat, der hätte vor einem solchen Irrtum bewahrt bleiben müssen. Könnten wir doch die Ziele, die wir uns gesteckt haben, nicht mehr gefährden, als wenn wir einer Erweiterung der Lasten und damit der Festlegung weiterer Mittel zustimmen und damit die Möglichkeit aufgeben, für dringlichere und lohnendere Aufgaben noch die Deckung zu beschaffen. Gewiß haben wir ein warmes Herz für die Alten und Schwachen, aber das Gebot der Stunde ist jetzt: Fürsorge für den Nachwuchs, für die Zukunft unseres Volkes! Es darf nicht dabei verbleiben, daß nur die Kinder des Invaliden und die Waisen sich einer gesetzlich geregelten Fürsorge zu erfreuen haben. Auch den Kindern des noch erwerbsfähigen Versicherten muß sich die Fürsorge zuwenden, soweit den Eltern die Mittel fehlen, um ihre Kinder zu vollwertigen Volksgenossen heranzuziehen. Wir wollen nicht die Verantwortung auf uns nehmen, daß diese dringendste Forderung, die der männermordende Krieg geboren hat, durch unsere Mitschuld unerfüllbar wird. Soll unsere bedrohte Volkswirtschaft die Schädigungen, die ihr der Krieg gebracht hat, rasch und sicher überwinden, so muß nicht nur die Zahl, sondern auch die Leistungsfähigkeit der Arme und der Gehirne gehoben werden, und das darf man nicht von der Fügung des Zufalls erwarten, sondern nur von planmäßiger Arbeit. In der Bundesratsverordnung vom 3. Januar können wir nur ein schweres Hindernis auf dem dahin führenden Wege erblicken.

Bei der Abfassung des Entwurfs der Entschließung, die Ihnen vorgeschlagen wird, war die Erwägung maßgebend, in wenigen Sätzen die großen leitenden Gesichtspunkte, über die eine Übereinstimmung in dieser Versammlung unschwer erzielt werden kann, klar und entschieden hervorzuheben, dagegen von Gegenvorschlägen, über die man sich erst in längerer Beratung verständigen müßte, im gegenwärtigen Zeitpunkt abzusehen. Ferner war bei der Abfassung auch auf die im Grundsätzlichen gleichliegende, in Einzelheiten, insbesondere in der Höhe der ihnen drohenden Belastung, verschiedene Lage der Berufsgenossenschaften gebührende Rücksicht zu nehmen. Indem ich einerseits der Freude Ausdruck gebe, daß uns dieser Anlaß zu gemeinsamer Arbeit mit den Berufsgenossenschaften zusammengeführt hat, und andererseits der Hoffnung, daß die jetzt geknüpften Fäden uns auch für später miteinander verbunden werden, wenn einmal wieder gemeinsame Interessen zu fördern sind, bitte ich das, was uns in der gestrigen Beratung bewegte, auch nach Möglichkeit für die demnächstige Aussprache maßgebend sein zu lassen: ein Verzicht auf Einzelheiten, damit das Grundlegende um so eindringlicher hervortritt. Dann werden unsere

Bestrebungen, die einzig dem Besten unserer Versicherten und damit dem Wohle unserer gesamten Bevölkerung gelten, hoffentlich auch von Erfolg gekrönt sein.

Wenn ich mich in einem kurzen Schlußwort zunächst zu den Ausführungen der Herren Vertreter des Reichswirtschaftsamts wende, so muß ich vorweg berichtigend bemerken, daß die Bundesratsverordnung nicht in einer Art von Notlage auf bereite Mittel der Versicherungsträger zurückgegriffen hat, sondern bereite Mittel des Reichs in Anspruch nimmt und nur für die Zukunft Deckung sucht. Bereite Mittel von größerer Höhe fehlen auch bei den meisten Anstalten, und deshalb ist eine Beteiligung bei künftigen Kriegsanleihen ihnen so außerordentlich erschwert, wenn sie eine weitere Inanspruchnahme ihres Kredits wegen der jetzt eingetretenen Unsicherheit der künftigen Entwicklung nicht wagen dürfen. Im Jahre 1916 hatten bereits zwei Anstalten Fehlbeträge und 1917 wird sich diese Zahl vermutlich erhöht haben.

Von der Erklärung, daß die Bundesratsverordnung keinen Ausbau der Invalidenversicherung bedeuten solle, nehmen wir Kenntnis, müssen deshalb aber um so nachdrücklicher darauf hinweisen, daß sie durch die Art und Weise, in der sie die Gewährung der Zulagen und deren Deckung regelt, tatsächlich dem künftigen Ausbau und damit gleichzeitig der Entschließung des Reichstags vorgreift. Dieser Umstand ist es gerade, der die Versicherungsträger zur Erhebung eines so entschiedenen Einspruchs zwingt und gewiß auch vom Reichstag gewürdigt werden wird.

Auf die versicherungstechnischen Ausführungen glaube ich jetzt ebensowenig eingehen zu brauchen, wie ich es im Bericht selbst für notwendig erachtet habe. Wir wissen ja, daß die ganze Beitragsberechnung für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an demselben grundlegenden Mangel leidet, den wir jetzt der Bundesratsverordnung vorwerfen. Sie setzt Durchschnittsverhältnisse voraus, während die Wirklichkeit von dem Durchschnitt außerordentlich weit abweicht. Was zutreffend sein würde, wenn wir es mit einem einzigen Versicherungsträger zu tun hätten, ist falsch, wo eine größere Zahl von Versicherungsträgern einer außerordentlich verschiedenen Belastung gegenübersteht.

Von den übrigen aus der Mitte der Versammlung kommenden Ausführungen kann ich nur sagen, daß sie eine völlige Übereinstimmung in der Sache selbst zum Ausdruck brachten. Ich möchte das insbesondere auch hinsichtlich der Darlegungen der Herren Vertreter von Brandenburg und Elsaß-Lothringen ausdrücklich feststellen, damit nicht bei oberflächlicher Würdigung dieser Ausführungen eine Meinungsverschiedenheit angenommen wird, wo eine solche tatsächlich nicht besteht. Der erstere hat von dem demnächstigen Ausbau der Invalidenversicherung gesprochen und auch dafür die wesentliche Beihilfe des Reiches gefordert, während die Bundesratsverordnung, wie uns heute ausdrücklich erklärt wurde, einen organischen Ausbau der Versicherung nicht bringen will. Der Verzicht auf die Zinsen der 100 Millionen würde selbstverständlich auch nicht als eine ausreichende Beteiligung des Reiches an den Kosten angesehen werden können.

Daß es in Elsaß-Lothringen doch gelungen ist, Rentenzulagen nach dem Bedürfnis zu gewähren, hat gewiß uns alle außerordentlich interessiert. Ich darf aber hervorheben, daß es sich hierbei doch um eine in engen Grenzen sich haltende Maßregel im Rahmen des § 1274 RVO. handelt, im Gegensatz zu der allgemeinen Erhöhung aller Renten durch die Bundesratsverordnung, die eine so weitgehende Beitragserhöhung erfordert, wie uns hier in Aussicht gestellt ist.

Wenn ich so eine völlige Einmütigkeit in der Sache feststellen darf, so würde an sich ein Entgegenkommen in der Fassung der Entschließung auch gegenüber solchen Wünschen, für die hier eine Mehrheit nicht zu erwarten ist, zulässig erscheinen, soweit nicht aus einer gar zu matten Fassung das Fehlen eines ernstlichen Gegensatzes geschlossen werden könnte. Daß das vermieden werden muß, liegt auf der Hand. Ich freue mich nun, Ihnen mitteilen zu können, daß ein Teil der Antragsteller ihre weitergehenden Wünsche zurückgestellt hat, um einen einstimmigen Beschluß zu ermöglichen, so daß die Entschließung in der jetzt abgeänderten Form hoffentlich die Zustimmung aller finden wird.

Anmerkung: Die einstimmig angenommene Entschließung der Versammlung lautet:

„Infolge der durch die Teuerung verursachten Erschwerung der Lebensführung ist die Gewährung von Beihilfen an einen großen Teil der Rentenempfänger der Arbeiterversicherung notwendig geworden. Durch die Bundesratsverordnung vom 3. Januar 1918 werden nun für 1918 Rentenzulagen von über 100 Millionen Mark bewilligt ohne Rücksicht auf die örtlichen und persönlichen Verhältnisse; insbesondere bleiben die Bedürfnisse der Waisen und der heranwachsenden Kinder von Rentenempfängern unberücksichtigt. Auf eine Änderung dieser Bestimmungen wird man für 1918 leider wohl verzichten müssen. Es wird aber entschiedener Widerspruch dagegen erhoben, daß mit den Kosten dieser Fürsorgemaßnahme, entgegen den Grundsätzen der Billigkeit und entgegen den wiederholten Beschlüssen des Reichshaushaltsausschusses und des Reichstags selbst, die Versicherungsträger belastet werden sollen. Da es sich bei der Gewährung der Rentenzulagen darum handelt, mit ihren Ansprüchen aus der Versicherung abgefundene Personen gegen Schädigungen zu schützen, die mit dem früheren Versicherungsverhältnis nicht in Zusammenhang stehen, sondern lediglich als eine Folge des Krieges sich darstellen, so müssen die Kosten, entsprechend den wiederholten Beschlüssen des Reichstags und der bis zum Oktober 1917 auch von der Reichsregierung vertretenen Auffassung, aus Reichsfonds gedeckt werden.

Der ständige Ausschuß wird beauftragt, diese Entschließung zur Kenntnis des Reichskanzlers zu bringen und ihn zu bitten, den Beschluß dem Reichstag vorzulegen und auch seinerseits für die Aufhebung der §§ 9—12 der Bundesratsverordnung vom 3. ds. Mts. einzutreten."

In Ausführung des vorbezeichneten Auftrags hat demnächst der Geschäftsführer des Ausschusses dem Reichskanzler die Entschließung überreicht und zur Begründung der darin ausgesprochenen Bitte folgendes ausgeführt:

Alle Teilnehmer der genannten Versammlung waren darin einig, daß einem großen Teile der Rentenempfänger der Arbeiterversicherung bei den gegenwärtigen Teuerungsverhältnissen Zuschüsse zu den von ihnen bezogenen Renten gewährt werden müßten, aber andererseits auch darin, daß diesem Bedürfnisse nicht in der von der Bundesratsverord-

nung vom 3. d. Mts. vorgesehenen Weise wirksam entsprochen werden könne. Die gleiche Bemessung der Zulagen ohne jede Rücksicht auf die örtlichen und persönlichen Verhältnisse und die dadurch bedingten Bedürfnisse der Rentenempfänger läßt alle Umstände außer acht, die bei der Verteilung einer so erheblichen Summe hätten beachtet werden müssen, damit nicht nur der Not, wo sie herrscht, wirksam gesteuert, sondern auch die Zufriedenheit in der Bevölkerung nach Möglichkeit gefördert werde. Wenn nach dieser Richtung hin einer Änderung der Verordnung nicht das Wort geredet ist, so war dafür die Erwägung maßgebend, daß eine solche zur Zeit nicht mehr möglich sei, also nur eine Vermeidung dieses Fehlers für den Fall einer Regelung über das Jahr 1918 hinaus in Frage kommen könne. Die Versicherungsträger hoffen aber, daß ihnen dann früh genug Gelegenheit geboten wird, zu dem Plane Stellung zu nehmen, damit ihre auf Grund der unmittelbaren Beziehungen zu den Versicherten gewonnenen Erfahrungen für die zu fassenden Entschließungen verwertet werden können, und haben deshalb im gegenwärtigen Zeitpunkt von Vorschlägen abgesehen.

Einig waren sich alle Teilnehmer der Versammlung weiter darin, daß die zu den Renten der Arbeiterversicherung zu zahlenden Zulagen endgültig vom Deutschen Reiche als dem Vertreter der Gesamtheit getragen werden müßten, also nicht von den Trägern der Invaliden- und Unfallversicherung wieder eingezogen werden dürften.

Die Belastung der Versicherungsträger in den §§ 9 bis 12 der Verordnung vom 3. d. Mts. entbehrt um so mehr der Begründung, als die Zulagen ohne jeden Zusammenhang mit der früheren Versicherung gewährt werden und der von der Verordnung gewählte Weg nicht hätte beschritten zu werden brauchen, wenn dem am 22. März v. Js. vom Reichstag gefaßten Beschlusse in der durch das Rundschreiben an die Bundesregierungen vom 12. Mai v. Js. angegebenen Richtung von allen beteiligten Stellen ohne Verzögerung und mit dem erforderlichen Nachdruck entsprochen wäre. Daß die Folgen von Versäumnissen die Versicherungsträger treffen sollen, die keinen Einfluß auf die Ausführung des Reichstagsbeschlusses und der zu dem Zweck getroffenen Verfügungen ausüben konnten, von letzteren nicht einmal Kenntnis erhielten, also im Grunde die Versicherten, widerspricht offensichtlich der Billigkeit. Nicht diesen wird die Tragung des Schadens zugemutet werden können, sondern die Gesamtheit der durch das Reich vertretenen Steuerpflichtigen, in deren Interesse übrigens letzten Grundes auch die Gewährung der Rentenzulagen erfolgt, muß mit den Kosten belastet werden.

An Stelle einer weiteren Begründung darf ich auf die in je einem Abdruck anliegenden Ausführungen der beiden Hauptberichterstatter, des Geheimen Oberregierungsrats Düttmann, Vorsitzenden des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt Oldenburg, und des Dr. Ostern, Geschäftsführers der Nordwestlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft, und das von dem ersteren gesprochene Schlußwort, das ein Bild von dem Verlauf der Beratungen gibt, Bezug nehmen.

Die Entschließung beschäftigt sich nur mit der Bundesratsverordnung vom 3. Januar, weil am Verhandlungstage in Leipzig, am 19. Januar, die Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918, betreffend Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung noch nicht vorlag; sie ist jedoch als ein gemeinsamer Protest beider Versicherungsträger, der Versicherungsanstalten wie der Berufsgenossenschaften, gedacht und es entspricht dem von allen beteiligten Versicherungsträgern einmütig erteilten Auftrage, wenn ich der Hoffnung Ausdruck gebe, daß Euere Exzellenz den in der Entschließung vorgetragenen Bitten entsprechen werden.

Den vorstehenden Mitteilungen seien mit Rücksicht darauf, daß eine Gesetzesvorlage betr. die Änderung des Rechts der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an den maßgebenden Stellen bereits vorbereitet wird, noch folgende Ausführungen angefügt:

Nachdem der Bundesrat durch die Verordnung vom 3. Januar eine allgemeine Erhöhung der Invaliden- und Witwenrenten verfügt hat, muß die Frage, ob die zweifellos recht niedrigen Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung einer Erhöhung bedürfen, als tatsächlich entschieden gelten. Offen ist nur noch die Frage, in welcher Weise die Erhöhung zu erfolgen hat und zu wessen Lasten.

Unter allen Umständen muß die Forderung aufgestellt werden, daß, wenn bei einer dauernden Erhöhung der Renten auch bereits abgefundene Versicherte oder Hinterbliebene von solchen berücksichtigt werden sollen, die Versicherungsträger also mit Leistungen belastet werden, die nicht im bisherigen Versicherungsverhältnis ihren Grund haben, ein Ausgleich durch Erhöhung des Reichszuschusses vorgesehen wird. Die Richtigkeit dieses Standpunktes kann nicht mit Grund angezweifelt werden. Aus einem Vergleiche wird das klar ersichtlich. Wenn das Reich oder ein Bundesstaat unter den gegenwärtigen Zeitverhältnissen daran denken sollte, auf frühere Einrichtungen zurückgreifend von seinen Beamten wieder Beiträge zu erheben zur Deckung der Kosten, welche durch die Zahlung höherer Ruhegelder und Hinterbliebenenbezüge erwachsen, so würde gewiß keinen Augenblick ernstlich daran gedacht werden, auf demselben Wege auch den Mehraufwand zu decken, der dadurch entsteht, daß auch den bereits vorhandenen Ruhegeldsempfängern und Hinterbliebenen erhöhte Bezüge bewilligt sind. Es ist kein Grund ersichtlich, aus dem die Interessen der Versicherten weniger Beachtung finden dürfen.

Nach dem bisherigen Verlauf der Angelegenheit ist mit einer befriedigenden Regelung nicht zu rechnen, wenn man sich nicht dazu entschließt, frühzeitig mit den Vorarbeiten auf breiter Grundlage zu beginnen. Die Zeitverhältnisse sind für eine gesetzgeberische Tätigkeit gegenwärtig zweifellos ungünstig, weil die großen Ereignisse des Krieges die ruhige Arbeit auf das äußerste erschweren. Wenn man an eine Änderung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung herantreten will, die wie es heißt, eine Erhöhung der bisherigen Beiträge um mehr als die Hälfte bedingt, dann ist nicht nur eine Reihe von Fragen zu berücksichtigen, deren Lösung bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung zurückgestellt wurde, um die Verabschiedung des Gesetzes nicht noch weiter zu verzögern. Es sind inzwischen auch neue Fragen aufgetaucht, die notwendig Beachtung finden müssen, und endlich darf nicht außer acht gelassen werden, daß auch der Zusammenhang mit Änderungen auf dem Gebiete der Krankenversicherung von anderem abgesehen schon deshalb gewahrt bleiben muß, weil über die Frage, wie hoch die Belastung durch die Beiträge ansteigen darf, doch nur einheitlich für das gesamte

Gebiet der Sozialversicherung entschieden werden kann. Fehlen jetzt Zeit und Ruhe für eine so umfassende Arbeit — und dafür sprechen viele Gründe —, dann sollte gegenwärtig von jeder Änderung abgesehen und der augenblicklichen Notlage vieler Rentenempfänger auf anderem Wege abgeholfen werden. Der Weg der gemeindlichen Kriegswohlfahrtspflege, bei dem eine andere Verteilung der Kosten auf Reich, Staat und Gemeinde als die Drittelung ja nicht ausgeschlossen zu sein braucht, kann auch jetzt nicht entbehrt werden. Er ermöglicht die Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse der Rentenempfänger in vollem Umfange und bietet auch wertvolle Anhaltspunkte für die spätere gesetzliche Regelung, auf die man sonst würde verzichten müssen. Endlich — und das ist kein geringer Gewinn — wird damit der Weg für einen folgerichtigen Ausbau der Versicherung wieder frei, wenn nicht unmittelbar an eine unterschiedslos gezahlte Rentenzulage angeknüpft zu werden braucht.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 12 der **Amtl. Nachr.** vom 18. Dezember 1917.)

I. Unfallversicherung.

Beischiffe der Kaiserl. Marine sind bei der See-Berufsgenossenschaft versichert und scheiden nicht dadurch aus, daß sie den Gefahren des Krieges ausgesetzt werden, sofern sie dabei dem Chartervertrag entsprechend verwendet werden (2974 S. 623).

Die für die Dauer des Krieges eingerichteten Lebensmittelverkaufsstellen der Städte unterliegen der Versicherung, wenn in ihnen auf die Behandlung und Handhabung der Ware 300 volle Arbeitstage aufgewendet werden (2975 S. 624).

Gärten, die über 25 Ar groß sind, können im allgemeinen nicht als „kleine" Haus- und Ziergärten im Sinne des § 917 Abs. 2 RVO. angesehen werden (2976 S. 625).

In den Werkstätten einer Invalidenschule beschäftigte Kriegsbeschädigte sind nicht versicherungspflichtig (Bescheid 2977 S. 626).

Ersatz für Aufwendungen der ehrenamtlichen Organe der Berufsgenossenschaften kann während des Krieges über die in der Satzung vorgesehenen Sätze hinaus gewährt werden, wenn die Genossenschaftsversammlung dies unter Beobachtung der für Satzungsänderungen vorgeschriebenen Förmlichkeiten beschließt und das Reichsversicherungsamt den Beschluß genehmigt (Bescheid 2978 S. 626).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Revision ist nach § 1695 Ziff. 2 RVO. auch ausgeschlossen, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf von acht Wochen durch den Tod abgebrochen wird. — Die Krankenkasse hat die Kosten einer ärztlichen Bescheinigung zur Erlangung einer Milchbezugskarte (Bek. v. 3. 10. 16, RGBl. 1100) dem Versicherten jedenfalls dann zu erstatten, wenn die Milch zu den kleineren Heilmitteln im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. gehört, vom Arzte verschrieben ist und die Kasse die Kosten der ärztlichen Behandlung durch diesen Arzt zu tragen hat (2400 S. 640).

Eine aus der Fortsetzung der Berufstätigkeit drohende Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit des Versicherten begründet Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO., sofern die Verschlimmerung in absehbar naher Zeit zu gewärtigen ist (2401 S. 642).

Versicherte, die auf Grund des § 214 RVO. die Regelleistungen während der Arbeitsunfähigkeit beziehen, bleiben nicht nach § 311 Kassenmitglieder und können sich nicht nach § 313 Abs. 2 Satz 1 nach Beendigung der Kassenleistungen weiterversichern (2402 S. 644).

Der Ehemann einer Wöchnerin ist nur dann nicht an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit im Sinne des § 1 Ziff. 1 der Bek. v. 3. 12. 14 (RGBl. S. 492) verhindert, wenn er eine Erwerbstätigkeit verrichten kann, die ihm ermöglicht, den nötigen Lebensunterhalt für sich und seine Familie zu beschaffen (2403 S. 646).

Unrichtige Rechtsbelehrung durch den Lazarettarzt kann einem versicherten Kriegsbeschädigten die Annahme eines außerhalb seines Willens liegenden Umstandes begründen, der den Versicherten nach § 1253 RVO. berechtigt, die Invalidenrente für mehr als ein Jahr rückwärts zu verlangen (2404 S. 647).

Die Grundsätze, die die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts über die Versicherungspflicht von Verwandten des Arbeitgebers in der Invalidenversicherung aufgestellt hat, gelten auch in der Krankenversicherung, soweit nicht besondere Vorschriften des 2. oder 4. Buches der RVO. auf Unterscheidung hinweisen (2405 S. 649).

Die Krankenkassen können die Versicherung von Personen, die bei ihnen als versicherungspflichtig gemeldet und in das Mitgliederverzeichnis eingetragen sind — unbeschadet der Wirkung des § 213 RVO. und vorbehaltlich der Entscheidung aus § 405 Abs. 2 — durch einseitige Erklärung ablehnen, wenn sie auf Grund nachträglicher Prüfung annehmen, daß Versicherungspflicht nicht vorliegt (2406 S. 650).

An der Entsch. 2008, wonach sich die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht aus §§ 418, 435 nicht ohne weiteres auf später angenommene Beschäftigte gleicher Art erstreckt, ist festgehalten worden (2407 S. 652).

Nach § 531 Abs. 2 RVO. kann dem Bestraften die Zahlung eines geringeren Betrags als des einfachen der rückständigen Beiträge auferlegt werden (2408 S. 656).

Zu den landesherrlichen Verwaltungen im Sinne des § 1242 Ziff. 3 RVO. gehören in Preußen auch die prinzlichen Hof-, Domanial- und Forstverwaltungen, soweit sie zum Geschäftsbereiche des Ministeriums des königl. Hauses gehören (2409 S. 658).

B. Allgemeines.

Verfahren, wenn der Vorsitzende des Vorstandes eine besoldete Stelle bei derselben Kasse übernimmt (§ 21 Abs. 4 RVO.).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 1. Dezember 1917 (II K. 78/17 B.)

Julius B., der seit Januar 1914 zweiter Vorsitzender der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Stadtkreis I war, ist bei Kriegsausbruch durch Beschluß des Kassenvorstandes vom 7. August 1914 mit der Vertretung des zum Heeresdienste eingezogenen Schalterbeamten A. betraut worden. In der Vorstandssitzung vom 27. Oktober 1914 ist dann noch folgender Beschluß gefaßt worden: „Für die Vertretung des Herrn Emil A. wird Herrn B. eine monatliche Vergütung von 150 *M* für entgangenen Arbeitsverdienst bewilligt." Diese Vergütung ist inzwischen auf 195 *M* monatlich erhöht worden. B. hatte vormittags von 8 bis 1 und nachmittags von 4 bis 7 Dienststunden. Die Zeit von 3 bis 4 nachmittags sollte ihm zur Erledigung seiner Arbeiten als Geschäftsführer einer Zweigstelle der Zeitung „Volksstimme" freibleiben. Eine Kündigungsfrist sollte ihm nicht zustehen. Auf Veranlassung des Regierungspräsidenten hat das Versicherungsamt durch Beschluß vom 16. Mai 1917 unter Bezugnahme auf § 31 RVO. dem B. aufgegeben, sein Amt als Vorstandsmitglied der Krankenkasse niederzulegen und sich der Ausübung des Amtes als Vorstandsmitglied bei Vermeidung einer Geldstrafe von 10 *M* für jeden Zuwiderhandlungsfall zu enthalten. Hiergegen hat B. rechtzeitig Beschwerde eingelegt, die er hauptsächlich damit begründete, daß er weder Kassenbeamter im Sinne des § 21 Abs. 4 der RVO. noch Kassenangestellter im Sinne des § 83 der Satzung sei. Die Beschwerde ist vom Vorsitzenden des Oberversicherungsamts zurückgewiesen worden.

B. hat weitere Beschwerde eingelegt, in der ausgeführt wird, daß das gegen ihn eingeleitete Verfahren gesetzwidrig sei. Wenn das Versicherungsamt § 21 Abs. 4 der RVO. für anwendbar erachtete, so hätte es ihn durch Beschluß seines Amtes als Vorstandsmitglied entheben müssen, dagegen wäre es nicht berechtigt gewesen, ihm aufzuerlegen sein Amt selbst niederzulegen. Auf die Entscheidungen des VA. und des OVA. sowie die Schriftsätze des Beschwerdeführers wird verwiesen.

Das RVA. hat die Entscheidungen der Vorinstanzen aufgehoben und die Sache an das Versicherungsamt zurückgewiesen aus folgenden G r ü n d e n:

Den Ausführungen der Beschwerdeschrift, daß das Versicherungsamt zu einer Anordnung auf Grund des § 31 Abs. 3 RVO. vorliegend nicht befugt gewesen sei, da bei Lage der Sache nur ein Verfahren nach § 24 Abs. 1 RVO. zulässig gewesen sei, kann nicht beigetreten werden. Die Enthebung eines Gewählten von seinem Amte auf Grund des § 24 Abs. 1 a. a. O. kann nur in Frage kommen, wenn Tatsachen bekannt werden, die die Wählbarkeit eines Gewählten oder seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausschließen. Vorliegend trifft dies nicht zu. Schließt ein Umstand die Wählbarkeit einer Person zum ehrenamtlichen Vorstandsmitglied einer Kasse aus, so wird das im Gesetze ausdrücklich gesagt, so in den §§ 12 bis 14, 340, 457, 517 RVO. Beispielsweise werden im § 13 Abs. 3 die Mitglieder einer Behörde, die Aufsichtsbefugnisse über einen Versicherungsträger hat, für nicht wählbar erklärt. Dagegen macht die Bekleidung einer besoldeten Stelle bei einem Versicherungsträger mangels einer dies aussprechenden gesetzlichen Vorschrift den Betreffenden nicht unwählbar, und daher hat auch die nachträgliche Annahme einer solchen Stelle nicht den Verlust der Wählbarkeit zur Folge. Vielmehr erklärt § 21 Abs. 4 RVO. die gleichzeitige Wahrnehmung eines Ehrenamts und einer besoldeten Beamtenstellung eines Versicherungsträgers nur für unzulässig. Die Fassung dieser Vorschrift „Die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes dürfen nicht zugleich besoldete Beamte des Versicherungsträgers sein", entspricht derjenigen des § 41 Abs. 2 RVO., wonach ein Versicherungsvertreter nicht zugleich besoldeter Beamter des Versicherungsamts oder Versicherungsvertreter bei einem anderen Versicherungsamt oder Beisitzer bei einem Oberversicherungsamt oder nicht ständiges Mitglied des Reichsversicherungsamts oder eines Landesversicherungsamts sein darf. Hierzu führt die Begründung (S. 51) aus, daß, wenn ein Laienmitglied einer Versicherungsbehörde in eine andere der ersteren über- oder untergeordneten Versicherungsbehörde gewählt wird, es entweder die Wahl zur zweiten ablehnen oder sein Amt bei der ersten niederlegen muß. Hieraus geht hervor, daß nicht die zweite Wahl ungültig, sondern nur die gleichzeitige Wahrnehmung beider Ämter unzulässig sein soll (anderer Ansicht H a n o w, Kommentar Anm. 7 zu § 41 RVO.). Die gleiche Folge muß auch ein

Verstoß gegen § 21 Abs. 4 RVO. nach sich ziehen, dessen Fall hier unzweifelhaft gegeben ist. B. ist, obwohl er ehrenamtliches Vorstandsmitglied war, durch den oben erwähnten Vorstandsbeschluß vom 7. August 1914 und seine Ergänzung vom 27. Oktober 1914 ausdrücklich mit der vertretungsweisen entgeltlichen Wahrnehmung der Geschäfte eines zum Heeresdienste eingezogenen Schalterbeamten beauftragt worden und verrichtet diese Tätigkeit noch jetzt. Es kann daher keine Rede davon sein, daß er etwa in Ausübung seiner Pflicht als Vorstandsmitglied zur Aufrechterhaltung des ordnungsmäßigen Geschäftsganges der Kasse vorübergehend für einen verhinderten Beamten eingetreten wäre, für den anderer Ersatz nicht gleich zu beschaffen war. Es handelt sich vielmehr um die jahrelange Wahrnehmung von Geschäften, die bei Kassen von nicht ganz geringer Bedeutung stets besoldeten Beamten obliegen. Unerheblich ist auch, daß der dem B. gewährte Entgelt in dem Vorstandsbeschluß als Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst bezeichnet wird. Durch diese Benennung wird die Natur des gezahlten Betrags als Arbeitsentgelt um so weniger berührt, als von B. der Nachweis eines Verdienstausfalls von gleicher Höhe offenbar nicht verlangt worden ist. Ferner ist unbedenklich anzunehmen, daß das Verbot des § 21 Abs. 4 RVO. sich nicht nur auf Beamte der Kasse im Sinne der Vorschriften in § 351 Abs. 1, § 359 Abs. 1, 2, 4 RVO. beschränkt, sondern sich auf alle im Dienste des Versicherungsträgers mit Besoldung angestellte Personen bezieht. Dies ergibt sich unzweifelhaft aus dem in der Begründung (S. 41) hervorgehobenen Zweck der Vorschrift, den Inhabern eines Ehrenamts den Empfang eines Entgelts dafür auch in der verschleierten Form der Besoldung für eine gleichzeitig versehene bezahlte Stellung unmöglich zu machen. Hiernach war die Wahrnehmung der Stellung eines Schalterbeamten durch B. unzulässig. Das Versicherungsamt mußte daher, sobald es von diesem Verstoß gegen das Gesetz erfuhr, gemäß § 30 RVO. die Beseitigung des gesetzwidrigen Zustandes erwirken. Zu diesem Zwecke mußte es B. zunächst vor die Wahl stellen, entweder sein Ehrenamt oder die Stellung als stellvertretender Schalterbeamter sogleich aufzugeben; tat er weder das eine noch das andere, so mußte es ihm, da er als Gewählter nicht zugleich besoldeter Beamter des Versicherungsträgers sein durfte, in seiner ersteren Eigenschaft den sofortigen Verzicht auf seine Stellung als Schalterbeamter aufgeben. Dagegen war das Versichreungsamt nicht befugt, dem B. die Ausübung seines Amtes als Vorstandsmitglied zu verbieten. Die Entscheidung des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts mußten daher aufgehoben werden. Gleichzeitig war die Sache an das Versicherungsamt zur anderweiten Entscheidung zurückzuverweisen.

Zur Arbeit beurlaubte oder kommandierte Soldaten.

Bescheid des **preußischen Kriegsministeriums** (Kriegsamt) vom 3. Dezember 1917.

Soldaten — auch Lazarettinsassen oder andere noch nicht entlassene Kriegsbeschädigte — sind wegen einer Beschäftigung unter den allgemeinen Voraussetzungen versicherungspflichtig, wenn sie von der zuständigen militärischen Stelle beurlaubt sind (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 717 Ziff. 5, S. 815 Ziff. 8 und 1917 S. 279). Ob der eine oder der andere Fall vorliegt, ist nicht immer zweifelsfrei. Wie Fälle dieser Art zu klären sind, ergibt der folgende Bescheid („Berufsgenossenschaft" 1917 S. 220).

Für die Beurteilung der Frage, ob eine Kommandierung oder Beurlaubung zur Arbeit in Privatbetrieben vorliegt, ist lediglich die Form maßgebend, die der Truppenteil bei Überweisung des Soldaten beobachtet; die Abfindung mit militärischen Gebührnissen bietet hierzu keinen festen Anhalt. Eine Klarstellung, wie sie im Schreiben vom 10. November 1917 erbeten wird, kann daher nur im Benehmen mit dem Truppenteil erfolgen, der zu erklären hat, ob „Beurlaubung" oder „Kommandierung" vorliegt.

Bemerkt sei noch, daß das Kriegs-Arbeitsamt aus ähnlicher Veranlassung bereits mit dem Reichsversicherungsamt in Verbindung getreten ist und ihm gegenüber ausgeführt hat, daß eine Nachprüfung der Frage, ob „Kommando" oder „Urlaub" vorliegt, nicht Sache der Versicherungsträger sein kann, daß hierbei vielmehr ausschließlich die Auskunft des gestellenden Truppenteils entscheidend sein muß. Schließt sich das Reichsversicherungsamt diesen Ausführungen an und entspricht es auch dem von hier gestellten Ersuchen, die Versicherungsträger entsprechend zu unterrichten, dann werden die Dienststellen demnächst angewiesen werden, bei der Abgabe von Soldaten an die Arbeitgeber tunlichst schriftlich, und zwar durch Aushändigung eines Überweisungsscheins, zum Ausdruck zu bringen, ob die Soldaten „kommandiert" oder „beurlaubt" sind, sodaß Unklarheiten über die Versicherungspflicht dann nicht mehr vorkommen können.

C. Zur Krankenversicherung.

Drohende Verschlimmerung der Krankheit als Grund der Arbeitsunfähigkeit.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Oktober 1917 (2401 Amtl. Nachr. 1917 S. 642).

Das Oberversicherungsamt trifft die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin, indem es auf Grund des Gutachtens des Dr. E. aus einer Fortsetzung der Berufstätigkeit der Klägerin und aus der Nichteinleitung des Heilverfahrens die Gefahr der Verschlimmerung ihres Zustandes herleitet. Diese Fassung ist irreführend. Die Gefahr der Verschlimmerung des Zustandes vermag nur im Zusammenhange mit der Fortsetzung der Berufstätigkeit, nicht aber mit der Nichtgewährung des Heilverfahrens die Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Die Besorgnis, die Krankheit werde in ihrem weiteren Verlauf Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, wenn nicht rechtzeitig dagegen eingeschritten werde, kann wohl begründet sein, auch wenn der Erkrankte zur Zeit — z. B. im ersten Beginne der Krankheit oder bei sogenannten „Krankheitsintervallen" — seiner gewohnten Beschäftigung noch nachzugehen vermag. Von entscheidender Bedeutung ist vielmehr, ob die Erkrankte ihrer Berufstätigkeit ohne die Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit nachzugehen vermochte (Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 14. Oktober 1907 und vom 6. Februar 1908, ArbVers. 1908 S. 194 und 1909 S. 168, sowie Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. Anm. 6a zu § 182). Das Oberversicherungsamt scheint allerdings diese Frage bejahen zu wollen. Seine Feststellung hält aber auch in diesem Sinne verstanden der Revision nicht stand, weil das Gutachten des Dr. E. von einer falschen Rechtsauffassung ausgeht und das Oberversicherungsamt durch die Zugrundelegung dieses Gutachtens ebenfalls das Recht nicht richtig angewendet oder aber, sofern es von der zutreffenden Rechtsauffassung ausgegangen ist, gegen den klaren Inhalt der Akten verstoßen hat. Dr. E. zieht nämlich aus der Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 1. Dezember 1904 (ArbVers. 1905 S. 188 ff.) einen falschen Schluß. In dieser Entscheidung ist gesagt, daß Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes völlige Unfähigkeit zur Arbeit nicht zur notwendigen Voraussetzung habe, sie liege im allgemeinen auch schon dann vor, wenn es an der Fähigkeit zur Fortsetzung derjenigen Arbeit fehle, auf Grund deren die Versicherung besteht, andere geringere Arbeit aber möglich ist. Dr. E. schließt daraus, daß jeder Tuberkulöse, der ärztlicherseits einer Heilstätte überwiesen wird, erwerbsunfähig im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, also arbeitsunfähig im Sinne des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung sei. Diese Auffassung ist mißverständlich. Die Fähigkeit zur Fortsetzung der Berufsarbeit wird nicht schon dadurch aufgehoben, daß der Erkrankte einer Heilstätte überwiesen wird; denn Arbeitsunfähigkeit ist nicht mit Erwerbslosigkeit gleichzustellen, wie sich schon aus den Gründen der Revisionsentsch. 2269 (Amtl. Nachr. 1916 S. 743) ergibt, wo ausgeführt ist, daß der Lazarettaufenthalt eines Kriegsteilnehmers für sich allein noch nicht die Annahme der Invalidität im Sinne des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung begründet. Die Einweisung des Versicherten in die Heilstätte durch einen anderen Versicherungsträger würde sonst ohne weiteres die Leistungspflicht der Krankenkasse zur Folge haben und sie der Nachprüfung berauben, ob der Gesundheitszustand des Versicherten die Einstellung der Berufsarbeit bedingte. Das Oberverwaltungsgericht hat mit der Gegenüberstellung der Unfähigkeit zu derjenigen Arbeit, auf Grund deren die Versicherung besteht, und der völligen Unfähigkeit zur Arbeit nicht eine teilweise und völlige Berufsunfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes) unterscheiden wollen — eine solche Unterscheidung wird z. B. in der Entsch. desselben Gerichtshofs vom 14. Oktober 1907, ArbVers. 1908 S. 194, ausdrücklich abgelehnt —, sondern es hat die Berufsunfähigkeit im Gegensatze zur Unfähigkeit zur Arbeit überhaupt gestellt. Ebenso wie jemand berufsunfähig sein kann, obwohl er noch manche Arbeit außerhalb seines Berufs zu leisten vermag, liegt Berufsunfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes) auch dann vor, wenn „der kranke Arbeiter die Arbeit einstellt, weil er eine nicht ganz unerhebliche Verschlimmerung der Krankheit bei Fortsetzung der Arbeit zu gewärtigen hat" (Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 1. Dezember 1904 a. a. O.). Dieser Grundsatz gilt auch für den Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung. Es fragt sich nur, wann eine Gefahr der Verschlimmerung aus der Fortsetzung der Arbeit anzunehmen ist. Keineswegs ist Voraussetzung, daß die Verschlimmerung des Leidens sofort einzutreten droht. Es kann aber auch nicht mit unabsehbaren Zeiträumen gerechnet werden; dem steht schon der zu fordernde Zusammenhang der Berufstätigkeit mit der Verschlimmerung des Leidens entgegen. *Die Verschlimmerung muß vielmehr für eine absehbare nahe Zeit zu gewärtigen sein* (zu vgl. *Illing*, Die Ersatzpflicht der Krankenkassen aus § 18 Abs. 3 des Invalidenversicherungsgesetzes, ArbVers. 1904, S. 441 ff., besonders S. 442 Sp. 1). Wann dies der Fall ist, hängt von den Verhältnissen des Einzelfalls ab. Das Gutachten des Dr. E. kann jedenfalls hiernach der Ent-

scheidung nicht zugrunde gelegt werden, da es von falschen Voraussetzungen ausgegangen ist. Das Urteil des Oberversicherungsamts war daher aufzuheben.

Ausschluß der Revision nach § 1695 Ziff. 2 RVO. — Kosten der ärztlichen Bescheinigung zur Erlangung einer Milchbezugskarte.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Oktober 1917 (2400, Amtl. Nachr. 1917 S. 640).

Das Oberversicherungsamt hat sich nicht darüber ausgesprochen, aus welchem Grunde es die im Ausschluß der Revision liegende Voraussetzung der Abgabe der Sache für erfüllt ansieht. Der Inhalt der den Vorinstanzen vorliegenden Akten bot jedenfalls für eine solche Annahme keinen hinreichenden Anhalt. Das Reichsversicherungsamt hat aber noch die Kasse über die dem verstorbenen B. gewährten Versicherungsleistungen gehört, und danach ergibt sich, daß B. erst seit dem 26. Januar 1917, also bis zu seinem am 18. März 1917 eingetretenen Tode weniger als acht Wochen arbeitsunfähig gewesen ist. Dem § 1695 Nr. 2 RVO. liegt der Gedanke zugrunde, daß Streitigkeiten über geringwertige Leistungen von der Revision ausgeschlossen werden sollen (zu vgl. Kommissionsber. 6. Teil S. 184). Überdies ist in der Krankenversicherung — von Sonderfällen abgesehen (zu vgl. § 192 Nr. 2 RVO.) — die Ursache der Entstehung wie der Beendigung der Krankheit für die Beurteilung eines Anspruchs ohne Bedeutung. Demgemäß muß der Fall des § 1695 Nr. 2 auch dann für gegeben erachtet werden, wenn der Versicherte zwar bis zu seinem Tode arbeitsunfähig gewesen ist, die Arbeitsunfähigkeit aber, deren Dauer bis dahin acht Wochen nicht erreichte, durch den Tod abgebrochen ist. Ist sonach im vorliegenden Falle die Revision ausgeschlossen, so war die Abgabe nach § 1693 RVO. zulässig und geboten. Denn es handelt sich bei der Frage, ob die Krankenkassen die Kosten des ärztlichen Attestes tragen müssen, um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung. Bei der Beurteilung des Falles ist davon auszugehen, daß Dr. Cl., wie er erklärt, die Milch zu Heilzwecken verordnet hat. Der Versicherte war mit einem Lungenleiden behaftet und starb bereits nach Verlauf von weniger als zwei Monaten, nachdem ihm die Milch verschrieben worden war. Hiernach ist zu schließen, daß die Milch nicht etwa nur zur Erhaltung der Gesundheit, sondern der Heilung oder wenigstens der Linderung der Krankheit oder zur Beseitigung der durch sie verursachten Arbeitsunfähigkeit zu dienen bestimmt und in diesem Sinne auch notwendig war. Sie stand mit der Krankenbehandlung in unmittelbarem Zusammenhang und war ein Heilmittel im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO. (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. Anm. 5a zu § 182, Hoffmann, Kommentar 5. Aufl. Anm. 7 Abs. 3 zu § 182, Entsch. des Landgerichts I Berlin vom 9. Mai 1895, ArbVers. 1895 S. 422, Entsch. des Königl. Sächs. Landesversicherungsamts vom 1. Juli 1916, Grundsätzl. Entsch. I S. 268 Nr. 31 — auch Entsch. und Mitt. des RVA. 7 S. 60 Nr. 23 —). Wenn die beklagte Kasse die Eigenschaft der Milch als Heilmittel deshalb ablehnt, weil der Arzt sich von der Milch eine Heilung des sterbenskranken Mannes nicht versprochen haben könne, so ist das abwegig. Aus der Tatsache, daß B. binnen wenigen Wochen starb, ist nicht rückwärts zu schließen, daß Heilmittel für ihn nicht mehr notwendig waren. Das würde schließlich zu dem sozial unhaltbaren Satze führen, daß an Schwerkranke Heilmittel nicht aufzuwenden sind. Wo die Grenze zu ziehen ist, bis zu der Heilmittel zur Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges noch zu gewähren sind, ist schließlich nach dem Einzelfalle zu entscheiden (zu vgl. Olshausen, Krankenversicherung, 3. u. 4. Aufl. Anm. 6 Abs. 4a zu § 182). Jedenfalls bietet der vorliegende Fall keinen Anhalt für die Annahme, daß diese Grenze überschritten worden wäre. Übrigens hat die Kasse zunächst auch selbst nicht diese Auffassung vertreten; denn sie hat, wie die Witwe B. unwidersprochen angegeben hat, die Milch für B. bezahlt. Es hat sich auch um ein kleineres Heilmittel im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO. gehandelt; denn die Milch war nur für 15 Tage verschrieben, und der Betrag dafür überschritt nicht den im § 20 Abs. 1 Nr. 1 der Satzung vorgeschriebenen Höchstbetrag von 30 *M*, wobei dahingestellt bleibe, ob die Verordnung von Milch als Heilmittel für längere Zeit, also in einem höheren Gesamtbetrage, wenigstens für die Zeit, in der der satzungsmäßige Höchstbetrag nicht überschritten wird, die Verordnung eines kleineren Heilmittels darstellt. Zur Beschaffung der Milch mußte B. eine Milchbezugskarte haben, wie sie durch die Bekanntmachung über die Bewirtschaftung von Milch und den Verkehr mit Milch vom 3. Oktober 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 1100) eingeführt ist, und zur Erlangung dieser Bezugskarte benötigte er der Bescheinigung des Dr. Cl. Es sei dahingestellt, ob aus der Tatsache, daß die Krankenkasse den Versicherten mit dem Heilmittel der Milch versorgen mußte, schon nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen der Schluß zu ziehen ist, daß sie auch die Kosten der zur Beschaffung der Milch erforderlichen ärztlichen Bescheinigung tragen muß. Jedenfalls fällt die von dem behandelnden Arzte vorgenommene Untersuchung und das auf Grund dieser erfolgte Verschreiben des Heilmittels der Milch durch denselben Arzt unter den Begriff der ärztlichen Behandlung (zu vgl. Olshausen, Krankenvers., 3. u. 4. Aufl. Anm. 4 zu § 182 RVO.). Diese ärztliche Behandlung war auch notwendig; denn sie bezog sich auf die Versorgung mit einem kleineren Heil-

mittel, das zu gewähren die beklagte Kasse verpflichtet war. Daß die Bescheinigung oder das Gutachten des Dr. Cl. in der gebührenpflichtigen Form nicht von der Kasse verlangt wurde, sondern auf Grund besonderer durch die Kriegsverhältnisse bedingter behördlicher Maßnahmen, ändert nichts daran. Mit Dr. Cl. hatte die beklagte Kasse einen Vertrag nicht abgeschlossen, wie es überhaupt bei ihr bisher zum Abschluß von Verträgen mit Ärzten nicht gekommen ist. Hieraus folgt, daß sie den von B. gezahlten Betrag von 3 *M* für die Bescheinigung, der auch der Höhe nach weder bestritten ist noch zu Bedenken Anlaß gibt, erstatten muß. Die Vorentscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts war aufzuheben und die Krankenkasse entsprechend zu verurteilen. Die Vorentscheidung des Vorsitzenden der Spruchkammer des Oberversicherungsamts ist durch die Abgabe der Sache nach § 1693 RVO. erledigt. Es bedurfte deshalb auch nicht einer Aufhebung dieser Vorentscheidung hinsichtlich der der beklagten Kasse auferlegten Gebühr nach § 1803 RVO. In den nach § 1693 RVO. abgegebenen Sachen ist § 1803 nicht anzuwenden (Entsch. 1934, Amtl. Nachr. 1914 S. 316, zu vgl. auch Hanow in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 4. Jahrg. — 1916 — Spalte 7ff., besonders Spalte 10).

D. Zur Unfallversicherung.

Ausführungsbestimmungen zur Bekanntmachung vom 17. Januar 1918 (RGBl. S.31) über Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung.*)

Vom 24. Januar 1918 (Reichsanz. Nr. 21).

§ 1. — Für Ermittlungen, die der Versicherungsträger bei Durchführung der Bekanntmachung und dieser Bestimmungen für erforderlich hält, gelten die §§ 1571 bis 1579, für Rechtshilfe § 115 Abs. 1, §§ 116, 117 der RVO. entsprechend.

§ 2. — Ist der Antrag auf Gewährung der Zulage (§ 2 der Bekanntmachung) an das Versicherungsamt gerichtet, in dessen Bezirke der Verletzte zur Zeit des Antrags wohnt oder beschäftigt ist, so hat sich dieses bei Abgabe des Antrags an den Versicherungsträger gutachtlich darüber zu äußern, ob Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird.

§ 3. — Die Zulage wird für die Zeit bis zum 31. Dezember 1918 gewährt und angewiesen. Eine Beschränkung auf einen früher endigenden Zeitraum ist nur dann zulässig, wenn die Voraussetzungen des § 1 der Bekanntmachung zur Zeit der Gewährung der Zulage nicht mehr vorliegen oder die Rente zu diesem Zeitpunkte ruht (§ 5 Satz 2 der Bekanntmachung).

§ 4. — Über den Antrag auf Gewährung der Zulage entscheidet der Versicherungsträger schriftlich. In gleicher Weise entscheidet er, wenn die Zulage fortfallen soll, weil die Rente ruht oder der Verletzte sich gewöhnlich im Ausland aufhält oder nicht mehr eine Rente in der in § 1 der Bekanntmachung angegebenen Höhe bezieht. In diesem Fall und bei völliger oder teilweiser Ablehnung des Antrags sind die Gründe mitzuteilen.

§ 5. — Ist eine Genossenschaft Versicherungsträger, so erfolgt die Entscheidung durch den Vorsitzenden des Genossenschaftsvorstands oder den Vorsitzenden des Sektionsvorstands, je nachdem die Hauptentschädigungsakten bei dem einen oder dem anderen Vorstande geführt werden.

§ 6. — Gegen die Entscheidung des Versicherungsträgers ist binnen einem Monat nach Zustellung Einspruch bei dem in § 3 Abs. 2 der Bekanntmachung bezeichneten Oberversicherungsamt (Spruchkammer) zulässig.

Das Oberversicherungsamt entscheidet endgültig.

§ 7. — Die Entscheidung muß den Vermerk enthalten, daß sie endgültig wird, wenn der Verletzte nicht binnen einem Monat nach ihrer Zustellung den Einspruch bei dem Oberversicherungsamt einlegt. Das für den Einspruch zuständige Oberversicherungsamt ist zu bezeichnen.

§ 8. — Die Entscheidung ist dem Verletzten zuzustellen. Die §§ 135, 136 der RVO. gelten entsprechend.

§ 9. — § 1302, § 1303 Abs. 1 der RVO. gelten entsprechend.

§ 10. — Für die Einlegung des Einspruchs gelten § 124 Abs. 1, § 125, § 127, § 128 Abs. 2 und die §§ 129 bis 134 der RVO. entsprechend.

§ 11. — Für das Verfahren über den Einspruch gelten die Vorschriften der RVO. über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt entsprechend, soweit nicht die §§ 1684 bis 1686 und 1690 bis 1692 der RVO. etwas anderes vorschreiben.

§ 12. — Die Zahlungsanweisung erfolgt getrennt von der Rente durch den Vorsitzenden des Organs, das für die Anweisung der Rente zuständig ist, nach anliegendem Muster U 9.

§ 13. — Über die Zulageanweisungen ist eine Liste zu führen, aus der die bis zum Jahresschlusse zu erwartende Sollzahlung zu ersehen ist.

§ 14. — Die Zulagen an Empfänger in Landbestellbezirken werden ohne Bestellgebühr durch Briefträger ausgezahlt, wenn der Empfänger seine Unfallrente auf diesem Wege ausgezahlt erhält.

Der Empfänger ist hierauf bei der Zustellung der Nachricht über die Gewährung der Zulage hinzuweisen.

§ 15. — Die Quittungen der Empfänger sind nach anliegendem Muster **) U 11 auszufertigen. Zur Beglaubigung der Unterschrift genügt die Beidrückung des Dienstsiegels einer zur Führung eines solchen berechtigten Person. Für jeden Monat ist, auch wenn die Zahlung für zurückliegende Monate auf einmal erfolgt, eine besondere Quittung auszufertigen.

Die Vordrucke sind dem Empfänger vom Versicherungsträger ausgefüllt mit der Bezeichnung des Fälligkeitsmonats zu übersenden, und zwar tunlichst

---

*) ArbVers. 1918 Heft 4 S. 70.

**) Vom Abdruck der Muster ist hier abgesehen.

zugleich mit der Nachricht über die Gewährung der Zulage. Dabei ist er darauf hinzuweisen, daß für jeden Kalendermonat eine besondere Zulagequittung erforderlich ist, auch wenn er mehrere Monatszahlungen gleichzeitig erhebt.

§ 16. — Fällt die Zulage weg, so hat der Versicherungsträger unter Beachtung des § 12 der Ausführungsbestimmungen vom 2. November 1912 eine Wegfallanweisung nach anliegendem Muster U 10 an die obere Postbehörde zu senden.

§ 17. — Die Vordrucke sind in der Größe eines 1/4-Aktenbogens hoch oder breitgedruckt wie die Muster herzustellen.

§ 18. — Die §§ 2, 6, 8, 13 bis 19, 22 der Ausführungsbestimmungen über die Zahlung der Unfallentschädigung sind sinngemäß anzuwenden.

Stellungnahme zur Frage des Betriebsunfalls trotz mangelnder Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 2. November 1917 (I a 3704/16).

Das Oberversicherungsamt hat die Frage, ob die Klägerin am 15. Februar 1915 einen Unfall beim Betriebe erlitten hat, unentschieden gelassen, und auch die Beklagte hat hierzu keine Stellung genommen. Beide Instanzen haben den Entschädigungsanspruch der Klägerin abgelehnt, weil eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht bestehe. Das Verfahren der Vorinstanzen ist nicht frei von Bedenken. Denn selbst wenn zur Zeit und auch seit dem Beginne der gesetzlichen Entschädigungspflicht der Beklagten keine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin vorhanden sein sollte, die mit dem als Unfall angesprochenen Vorgang in Zusammenhang gebracht werden könnte, so ist doch nicht ausgeschlossen, daß sich später, vielleicht erst nach Jahren, krankhafte Veränderungen einstellen, die mit dem fraglichen Vorgang zusammengebracht werden. Dann ergäbe sich für die Beklagte und möglicherweise auch für das OVA. doch noch die Notwendigkeit, die jetzt offen gelassene Streitfrage zu entscheiden, ob die Klägerin am angegebenen Tage einen Betriebsunfall erlitten hat. Es bedarf aber keiner Erörterung, daß diese Entscheidung so lange Zeit nach dem in Frage stehenden Vorgang erheblich schwieriger zu finden ist als unmittelbar oder wenigstens bald nach der Anmeldung der Entschädigungsansprüche, die wenige Tage nach dem behaupteten Unfall erfolgt ist. Daraus folgt, daß sich in Fällen wie dem vorliegenden BG. und OVA. schon aus Zweckmäßigkeitsgründen mit der Frage beschäftigen müssen, ob die Behauptung, daß der Rentenbewerber einen Unfall beim Betriebe erlitten hat, zutrifft, auch wenn nach ihrer Ansicht eine meßbare Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers nicht mehr anzunehmen ist.

Anmerkung: Wir haben diese Entscheidung der Samlung von Breithaupt (IV S. 392) entnommen. Leider läßt der Abdruck nicht erkennen, welche praktische Folge das RVA. daraus gezogen hat, daß es das Verfahren der Vorinstanzen „nicht frei von Bedenken“ gefunden hat. Die Ablehnung des Entschädigungsanspruchs war ja dadurch gerechtfertigt, daß eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit verneint wurde. Sollte das RVA. gleichwohl wegen des Verfahrensmangels, nämlich wegen der unterlassenen Stellungnahme zur Frage des Betriebsunfalls der Klägerin, die Entscheidung aufgehoben haben, so würde das bedeuten, daß die Vorinstanzen lediglich im Hinblick auf späterhin möglicherweise eintretende Unfallfolgen die (abstrakte) Pflicht der Berufsgenossenschaft zur Entschädigung hätten feststellen oder verneinen sollen. Dies aber würde im Widerspruch stehen mit der bisherigen Spruchübung, die solche Feststellungsklagen für unzulässig erachtet. Zu vgl. Entsch. 1236, 2776, Amtl. Nachr. 1893 S. 182, 1915 S. 326.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung“ 1917 S. 275 ff.)

Nr. 255. Der Pressemeister in einer Ölfabrik, dem etwa 20 Arbeiter unterstellt sind und dessen körperliche Mitarbeit hinter der beaufsichtigenden und anordnenden Tätigkeit zurücksteht, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 256. Ein von einem Universitätsfechtmeister beschäftigter Fechtlehrer ist weder als Angestellter nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 noch als Lehrer nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 257. Für Beiträge zur Angestelltenversicherung, die aus der Beschäftigung von versicherungspflichtigen Personen durch den Konkursverwalter fällig werden, kann dieser nach Aufhebung des Konkursverfahrens persönlich nicht vor den Instanzen der Angestelltenversicherung haftbar gemacht werden.

Nr. 258. Handwerksmeister, die an städtischen Fortbildungsschulen und Fachklassen in Fachklassen Unterricht in den von ihnen ausgeübten Handwerken erteilen, sind Lehrer im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Ausschluß des ordentlichen Rechtswegs für Rückforderung von Beiträgen.

Urteil des **Amtsgerichts Charlottenburg** vom 8. Oktober 1917 (50 C. 187/17).

Durch ein Versehen eines Angestellten des Arbeitgebers F. W. J. in S. wurde ein Betrag von 500 M, welcher für das Postscheckkonto des Arbeitgebers bestimmt war, mit einer der für Beitragszahlungen an die Reichsversicherungsanstalt bestimmten besonderen roten Zahlkarte auf das Konto der Reichsversicherungsanstalt eingezahlt. Als diese die Rückerstattung bereits eingeliefert hatte, ließ ihr der Arbeitgeber einen gerichtlichen Zahlungsbefehl über den Hauptbetrag und die Kosten des Verfahrens zustellen. Auf den Widerspruch der Reichsversicherungsanstalt hat das Amtsgericht die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Nach § 210 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 entscheidet bei Streitigkeiten über die Beitragsleistung der für den Beschäftigungsort zuständige Rentenausschuß. Wenn nun auch hier der Kläger unbestritten einen nicht verschuldeten Beitrag gezahlt hat, den er mit der Klage zurückfordert, so ist doch auch diese Klage als Beitragsstreitigkeit im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 anzusehen; denn dieser Begriff umfaßt Streitigkeiten jeder Art über die Beiträge. — Der Rechtsweg ist sonach vorliegend nicht zulässig.

(„Angestelltenversicherung" 1917 S. 272.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die ersten Renten aus der Angestelltenversicherung.

In einem Rundschreiben vom 6. Dezember 1917 an die Vertrauensmänner der Angestelltenversicherung und die Ortsausschüsse der Vertrauensmänner weist das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte darauf hin, daß im Jahre 1918 von einer großen Anzahl von Versicherten der Zeitpunkt überschritten werden wird, in dem die Wartezeit von 60 Beitragsmonaten zurückgelegt ist. Die dann berufsunfähig werdenden weiblichen Versicherten können Anspruch auf Gewährung von Ruhegeld, die Hinterbliebenen der nachher sterbenden Versicherten Anspruch auf Witwen- und Waisenrenten erheben. Die Reichsversicherungsanstalt erwartet eine größere Anzahl von derartigen Anträgen. Zur Beschleunigung und Vermeidung unnötiger Kosten soll das Feststellungsverfahren möglichst erschöpfend, aber auch möglichst einfach und zweckdienlich gestaltet werden. Zu den Ermittelungen über die persönlichen Verhältnisse der Versicherten sollen nach Möglichkeit die Vertrauensmänner herangezogen werden. Die Mitwirkung der Ortsausschüsse bei der Vorbereitung der Anträge zur Einleitung eines Heilverfahrens hat schon bisher die Erledigung der Anträge wesentlich beschleunigt, weil Rückfragen infolge der besseren Vorbereitung fortfallen. Man erwartet, daß die Bedeutung der Vertrauensmänner und Ortsausschüsse im Gefüge der Selbstverwaltung der Angestelltenversicherung erst jetzt zur vollen Geltung kommt.

Änderungen der die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung regelnden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung.

Im Anschluß an die Erhöhung der Versicherungsbeiträge um reichlich die Hälfte, welche erforderlich wird, wenn die durch die Bundesratsverordnung vom 3. Januar d. J. eingeführten Rentenzulagen dauernd weitergezahlt werden sollen, wird dem Vernehmen nach auch eine Änderung anderer Vorschriften auf dem genannten Gebiete in Erwägung gezogen. Es wird sich u. a. darum handeln, ob mit Rücksicht auf die eingetretene Teuerung und die damit verbundene Lohnsteigerung eine Erhöhung der für die Versicherungspflicht maßgebende Verdienstgrenze und die Einrichtung höherer Lohnklassen angezeigt ist. Vermutlich würden dann aber auch andere Bestimmungen, insbesondere die über die Rentenberechnung und über die Erhaltung der Anwartschaft einer Änderung unterzogen werden müssen, und es würde sich fragen, ob, wenn einmal in so weitem Umfange geändert wird, nicht auch die Frage zum Austrag gebracht werden muß, ob in Verbindung mit einem solchen Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Aufhebung der Angestelltenversicherung als eines besonderen Versicherungszweiges in Angriff zu nehmen ist. Daß Kriegszeiten für derartige gesetzgeberische Arbeiten nicht günstig sind, liegt auf der Hand.

Über die Behandlung von Heilverfahrensanträgen Doppeltversicherter

hat das Reichsversicherungsamt in einem Runderlaß an die Landesversicherungsanstalten vom 27. November 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 629) ausgeführt, daß es mit dem Gesetze nicht vereinbar ist, Versicherte lediglich deswegen, weil sie auch bei der Reichsversicherungsanstalt versichert sind, an diese zu verweisen. Nachdem inzwischen eine gewisse Übergangszeit verflossen ist, wird in den Kreisen der Versicherten bekannt sein, daß ähnlich wie die Versicherungsanstalten auch die Reichsversicherungsanstalt zugunsten ihrer erkrankten Versicherten Heilverfahren einleitet. Wenn daher ein Angestellter jetzt einen Antrag auf Einleitung eines Heilverfahrens bei einer Versicherungsanstalt stellt, spricht die Vermutung dafür, daß er trotz jener ihm bekannten Tatsache auf Kosten der Versicherungsanstalt ärztlich versorgt werden will. Welche Beweggründe ihn dabei leiten, ist unerheblich. Im übrigen können es beachtliche Erwägungen sein, die den Versicherten bestimmen, sich gerade an die Landesversicherungsanstalt zu wenden, beispielsweise deshalb, weil ihm schon früher durch die nämliche Anstalt ein Heilverfahren zuteil geworden ist und er wieder in die Behandlung des

gleichen Arztes zu kommen wünscht, oder weil er wegen der Art seines Leidens Wert darauf legt, einer bestimmten Heilanstalt überwiesen zu werden, deren Betrieb ihm Vertrauen erweckt oder die in der Nähe seines Wohnorts liegt, während er von der Reichsversicherungsanstalt nach einer weiter entfernten, ihm unbekannten Heilanstalt verschickt werden würde. Aber auch wenn solche besondere Gründe nicht vorliegen, wird man dem Versicherten ein Wahlrecht hinsichtlich des Versicherungsträgers auf Grund seiner Beitragsleistung zu beiden Versicherungen nicht vorenthalten können. Davon unabhängig ist natürlich die Frage, ob nach den Grundsätzen der angegangenen Versicherungsanstalt die tatsächliche vorhandene Beitragsleistung für die Einleitung eines Heilverfahrens als ausreichend angesehen werden kann. Für die Verweisung an die Reichsversicherungsanstalt läßt sich auch nicht anführen, daß die Landesversicherungsanstalten erst bei Abnahme der Erwerbsfähigkeit unter ein Drittel Rente zu zahlen haben, während die Reichsversicherungsanstalt Ruhegeld bereits zu gewähren hat, wenn die Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte herabgesunken ist. Denn bei vielen Erkrankungen wird sich nicht von vornherein übersehen lassen, in welchem Grade der Versicherte beim Unterbleiben eines Heilverfahrens geschädigt wird.

Beginn der Geltung einer mit der Verkündigung in Kraft tretenden Verordnung.

Zu der Frage, von welchem Zeitpunkte an eine Verordnung Geltung hat, die nach ihrem Wortlaut „mit dem Tage der Verkündung“ in Kraft tritt, hat neuerdings das Reichsgericht in dem Urteil vom 7. Dezember 1917 (II 293/1917) Stellung genommen. Ebenso wie in einem früheren Beschluß (vom 2. Oktober 1905 VI 459/05) hat das Reichsgericht entschieden, daß die Geltung einer solchen Verordnung mit dem Anfang des Verkündungstages beginnt. Bisher hatte nur ein Teil der Oberlandesgerichte den gleichen Standpunkt eingenommen, während das Kammergericht die entgegengesetzte Ansicht vertrat.

Wir haben die abweichende Entscheidung des Kammergerichts vom 25. Oktober 1916 im Jahrg. 1917 Heft 1 S. 16 mitgeteilt. Nach der vom Reichsgericht vertretenen Auffassung wirkt die Verordnung auf den bei ihrer tatsächlichen Verkündung bereits abgelaufenen Teil des Verkündungstages zurück! Das kann unter Umständen recht mißliche, vom Gesetzgeber kaum gewollte Folgen haben. Dies könnte vermieden werden, wenn man die Inkraftsetzung „mit dem Tage der Verkündung“ möglichst umginge und statt dessen in der Verordnung einen bestimmten nahen Tag für den Beginn der Geltung festsetzte.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit; insbesondere bei auferlegter „Schonung“.

1. Nach St. Frage: Auf unseren Antrag leitete die Landesversicherungsanstalt für ein Kassenmitglied, welches ein Kropfleiden und dadurch Atembeschwerden und Herzklopfen bei körperlichen Anstrengungen hatte, ein vorbeugendes Heilverfahren ein. Nach dem Gutachten unseres Kassenarztes trafen die von Heine in ArbVers. 1916 S. 847 angeführten Voraussetzungen zur Gewährung von Krankengeld bei vorbeugendem Heilverfahren in keiner Beziehung zu, eine „Verschlimmerung bis zur gänzlichen Arbeitsunfähigkeit durch die Art der Beschäftigung und in naher Zeit“ konnte nicht bejaht werden; event. hätten bis dahin noch eine Reihe von Jahren vergehen können. Wir lehnten daher den Anspruch der Landesversicherungsanstalt, die sich der Auffassung des Herrn Heine nicht anzuschließen vermag, auf Ersatz des Krankengeldes ab, indem wir anregten, eine Entscheidung zur grundsätzlichen Regelung derartiger Fälle herbeizuführen. Ist der Anspruch begründet? Verneinendenfalls, ist unsere Kasse verpflichtet, dem Kassenmitglied für die anschließend an das Heilverfahren verordnete Schonungszeit Krankengeld zu gewähren?

Antwort: Die Ausführungen von Heine a. a. O. mögen beachtenswert sein, weichen aber doch so wesentlich von der ziemlich gefestigten Rechtsprechung, insbesondere auch des preuß. Oberverwaltungsgerichts ab (zu vgl. die Zusammenstellung in ArbVers. 1909 S. 78), daß wir einen Erfolg im Streitverfahren für die Kasse nicht verbürgen möchten. Daß die Kasse es dennoch auf das Streitverfahren ankommen lassen möge, können wir daher nur unter dem von ihr selbst hervorgehobenen Gesichtspunkt empfehlen, daß so die Gelegenheit gegeben wird, die wichtige Frage im Wege der §§ 1799, 1693 RVO. einer grundsätzlichen Entscheidung durch das Reichsversicherungsamt zuzuführen. Einstweilen ist das Reichsversicherungsamt in der Begründung der Entscheidung 2110 (ArbVers. 1916 S. 56) gleichfalls von der in der bisherigen Rechtsübung herrschenden Auffassung des Begriffs der Arbeitsunfähigkeit, also nicht von den strengeren Anforderungen im Sinne der Ausführungen von Heine ausgegangen, und gleichzeitig hat es angenommen, daß die einem Versicherten nach Abschluß des Heilverfahrens noch auferlegte „Schonung“ die Bedeutung habe: daß auch bei Wiederaufnahme der früheren Erwerbstätigkeit die Gefahr einer Verschlimmerung der Krankheit bestan-

den hätte und daß ein solcher Zustand der Arbeitsunfähigkeit gleichstehe und den Anspruch auf Krankengeld rechtfertige. Zu letzterem Punkte möchten wir aber auf unsere Bemerkung in ArbVers. 1910 S. 706 verweisen, wonach im Einzelfall festzustellen ist, ob dem Versicherten Schonung im Sinne einer völligen Enthaltung von der Arbeit oder nur im Sinne einer gehörigen Vorsicht und Pflege empfohlen ist. Zu vgl. auch die Entsch. des meckl. Ministeriums des Innern in ArbVers. 1909 S. 266, die der Schonungsbedürftigkeit nicht die Bedeutung der Arbeitsunfähigkeit beilegt. Auch dieser Zwiespalt könnte vielleicht durch eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts ausgetragen werden.

Abzug vom Krankengeld für eine noch nicht festgesetzte Ordnungsstrafe unzulässig.

2. **Nach J.** Antwort: Eine Strafe darf natürlich erst vollstreckt werden, wenn sie verhängt ist. Darum ist es durchaus unzulässig, daß der Geschäftsführer der Kasse einem kranken Mitglied, das die Krankenordnung übertreten hat, bei der Auszahlung des fälligen Krankengeldes von diesem einen Abzug macht lediglich deshalb, weil die Möglichkeit oder die Wahrscheinlichkeit besteht, daß der Vorstand eine Strafe festsetzen werde. Ein solches Verfahren ist auch sachlich unbillig. Denn wenn hernach der Vorstand von einer Strafe absieht oder auf eine niedrigere erkennt, so ist das Mitglied schon durch die zeitweilige Vorenthaltung des Krankengeldes in seinem Rechte beeinträchtigt und möglicherweise auch wirtschaftlich geschädigt. Nichtsdestoweniger ist eine kriminelle Bestrafung des Geschäftsführers aus §§ 337, 345 R.-Str.-G.-B. ausgeschlossen.

Aufsicht über gemeinsame Meldestellen (§ 319 RVO.).

3. **Nach Kempen-Rhein.** Antwort: Die auf Grund des § 319 Abs. 1 RVO. errichteten gemeinsamen Meldestellen dienen zwar den Zwecken der beteiligten Krankenkassen, sind aber gleichwohl Einrichtungen des Versicherungsamts, das sie errichtet und demgemäß auch sie zu beaufsichtigen hat. Damit würde es unverträglich sein, wenn jeder einzelne Kassenvorstand für sich das Recht in Anspruch nehmen wollte, die Geschäftsführung der Meldestelle zu prüfen.

Schadenhaftung des Kassenarztes wegen Pflichtverletzung gegenüber der Krankenkasse.

4. **Nach Rosenheim.** Fragen: Ein Kassenmitglied war erwerbsunfähig und zwar stellte der behandelnde Arzt Wochenbettfieber fest, worauf wir Krankengeld auszahlten. Nachträglich erfuhren wir, daß Kindsabtreibung vorlag und deshalb nach § 192 RVO. das Krankengeld hätte einbehalten werden können. Wir teilten dem Ärzteverband mit, daß wir den Arzt in Zukunft für erwachsenen Schaden verantwortlich machen, wenn er wider besseres Wissen eine verschleierte Diagnose stellt. Er wußte, daß Kindsabtreibung vorlag und nach dem Ärztevertrag ist er verpflichtet, „besonders die Bescheinigungen über Krankheit und Arbeitsunfähigkeit mit strenger Gewissenhaftigkeit auszustellen". Der Ärzteverband stützt sich auf die ärztliche Schweigepflicht und sagt, daß der Arzt zur Mitteilung derartiger Reate grundsätzlich nicht berechtigt sei. — In einem anderen Falle stellte unser ärztlicher Sachverständiger fest, daß ein Arzt in einem halben Jahr um 1000 *M* zu viel verordnet hat, d. h. er hätte der Kasse bei sparsamer Verordnungsweise ebensoviele wirksame Arzneien um genannten Betrag billiger verschaffen können. Der Ärzteverband erkennt den Prüfungsbericht an. Wir haben die Ärzte verständigt, daß wir in Zukunft die unnötigen übermäßig hohen Kosten am ärztlichen Pauschalhonorar kürzen werden. Sind wir dazu berechtigt?

Antwort: Wir bejahen die Schadenhaftung des Arztes gegenüber der Kasse für beide Fälle, da mindestens eine fahrlässige Verletzung der durch den Vertrag mit der Kasse übernomenen Verpflichtungen durch Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt vorliegt (§ 276 BGB.; ArbVers. 1917 Heft 7 S. 167 Ziff. 4). Was insbesondere den ersten Fall betrifft, so ist der Kassenarzt durch § 300 StrGB. nicht gehindert, der Kasse Auskunft über die Krankheiten der Versicherten zu erteilen; die Übernahme von ärztlichen Diensten für die Kasse schließt vielmehr die Pflicht hierzu ein (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1b zu § 368 RVO.), und zwar selbstverständlich zur Erteilung vollständiger, wahrheitsgemäßer, unverhüllter Auskunft über alles, was für Rechte und Pflichten der Kasse im gegebenen Falle von Belang ist.

Gebührenfreiheit nach § 138 RVO. für Nahrungsmittelbewilligung?

5. **Nach Eberbach.** Antwort: Ob der Kommunalverband überhaupt befugt ist, eine Gebühr von 50 *₰* für seine Entscheidung auf einen Antrag betr. Bewilligung von Zusatzlebensmitteln zu erheben, bestimmt sich nach badischem Verwaltungsrecht. Wenn dieses (was uns nicht bekannt ist) der Erhebung einer solchen Gebühr nicht entgegensteht, so kann Gebührenfreiheit für Kassenmitglieder aus § 138 RVO. nicht hergeleitet werden, weil diese Vorschrift voraussetzt, daß es sich um eine amtliche Bescheinigung handle, welche „nach diesem Gesetze", also nach der RVO. zum Ausweis erforderlich wird. Das trifft hier nicht zu, da das Recht zum Bezuge von Lebensmitteln gewisser Art lediglich auf den für die Kriegszeit getroffenen Sondervorschriften beruht und mit irgendwelchen Vorschriften der RVO. nicht in Zusammenhang gebracht werden kann.

Kassenbeamte zugleich als Angestellte einer anderen Kasse.

6. **Nach M.** Antwort: Für Ihre grundsätzliche Ansicht, daß der Geschäftsführer der Kasse nicht zugleich unter das für die Kassenbeamten geltende Regulativ und zugleich, wegen seiner nebenamtlichen Beschäftigung bei einer anderen Kasse, unter deren Dienstordnung fallen könne, ist irgendein Grund nicht zu erkennen. Es ist doch auch bei anderen Beamten nichts Ungewöhnliches, daß sie, wenn ihnen die Ausübung einer Nebenbeschäftigung gestattet ist, sich der in dem anderen Dienste geltenden Ordnung unterwerfen müssen. Daß auch einem Kassenbeamten die Ausübung einer mit seiner Beamtenpflicht nicht unverträglichen Nebenbeschäftigung nicht grundsätzlich verboten werden darf, ist bei der Beratung des preuß. Gesetzes über die Dienstvergehen der Kassenbeamten ausdrücklich betont worden (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 412). — Daß bei einer anderen Kasse sämtliche Angestellte nur im Nebenamte beschäftigt sind, entbindet diese Kasse nicht von der Pflicht, für diese Angestellten eine Dienstordnung aufzustellen. Die Frage, wie in solchem

Falle „die Anstellungsverhältnisse des Hauptgeschäftsführers überhaupt geregelt werden können", ist viel zu allgemein, als daß wir sie im Rahmen einer Auskunft beantworten könnten. Wir können nur sagen, daß, wenn der Geschäftsführer durch sein Hauptamt in solchem Maße in Anspruch genommen wird, daß dadurch bei der anderen Kasse die ordnungsmäßige Führung der Geschäfte in Frage gestellt wird, die Aufsichtsbehörde einschreiten müßte; und gleiches wäre der Fall, wenn umgekehrt die nebenamtliche Besorgung der Geschäfte bei der anderen Kasse den Beamten so in Anspruch nähme, daß darunter die Erfüllung seiner hauptamtlichen Pflichten leiden müßte.

Meldepflicht nach §§ 317, 318 RVO. beim Aufrücken von Mitgliedern in eine höhere Altersstufe?

7. Nach Salzwedel. Antwort: Wenn der ortsübliche Tagelohn für gewisse Personen (Dienstboten) nach Altersstufen verschieden festgesetzt ist, so läßt sich eine Meldepflicht des Arbeitgebers beim Aufrücken eines bereits angemeldeten Mitgliedes in die höhere Altersstufe nicht begründen. Denn eine Änderung des Beschäftigungsverhältnisses (§ 317 Abs. 1 Satz 2 RVO.) liegt nicht vor, und den für die Berechnung der Beiträge allerdings wesentlichen Eintritt des Mitgliedes in die höhere Altersstufe (§ 318 Abs. 1 und 2) kann die Kasse aus der in der Anmeldung des Mitgliedes enthaltenen Altersangabe ersehen. Es bedarf also einer neuen Anzeige des Arbeitgebers nicht.

Lieferung eines Bruchbandes.

8. Nach K. Antwort: Bei älteren Bruchanlagen braucht die Krankenkasse in der Tat ein neues Bruchband nur dann zu liefern, wenn dieses nicht etwa durch Unbrauchbarkeit des alten, sondern durch Veränderung des körperlichen Zustandes des Versicherten erforderlich wird. (Vgl. Hahn, Handb. d. KrVers., Anm. 5e zu § 182 RVO.) Irrig ist aber die Ansicht, daß die Versicherungsanstalt jemals eins gewähren müßte, um die Invalidität zu verhindern. Ihre Verpflichtung geht stets nur dahin, bei bestehender Invalidität eine Rente zu zahlen. Wohl aber hat die Versicherungsanstalt das Recht, ein Heilverfahren einzuleiten (§ 1269 RVO.), und zu diesem Zweck ein Bruchband zu liefern. Ob sie das tun will, bleibt also ihrem Ermessen überlassen.

Kriegswochenhilfe für das Kind aus geschiedener Ehe.

9. Nach Br. Antwort: Wenn das Kind während der Ehe oder innerhalb 302 Tage nach ihrer Auflösung — hier Scheidung — geboren ist, so gilt es als ehelich, solange der Vater nicht die Ehelichkeit angefochten hat (§ 1593 BGB.). Die hiernach vom Gesetze angenommene Ehelichkeit gilt auch für die Kriegswochenhilfe, wo für diese die Ehelichkeit Voraussetzung ist. (Ebenso die Entscheidungen in der ArbVers. 1916 S. 344, 1917 S. 111.) Demnach ist die Kriegswochenhilfe gemäß § 1 Bekanntm. vom 3. Dezember 1914 zu gewähren, sofern auch die Voraussetzung zu Ziff. 2 a. a. O. erfüllt ist, und zwar auch dann, wenn die Ehe geschieden ist. Denn die Kriegswochenhilfe soll für ein Kind gewährt werden, dessen ehelicher Vater durch seine Kriegsteilnehmerschaft an der Fürsorge gehindert ist, oder dem sie zum mindesten durch seine Kriegsteilnehmerschaft erschwert wird. Somit ist für die Frage, wem die Leistungen zur Last fallen, § 5 der erwähnten Bekanntmachung maßgebend. Demnach muß das Wochengeld die Kasse tragen, wenn gegen diese die versicherte Wöchnerin darauf einen Anspruch gemäß § 195 RVO. hat; die übrigen Leistungen sind der Kasse durch das Reich zu erstatten. Da das Kind, solange die Ehelichkeit nicht angefochten ist, als ehelich gilt, so ist es auf den Namen des Ehemannes in das Standesregister einzutragen (§ 1616 BGB.).

Verlängerung der Meldefrist (§ 317 RVO.) durch Nichteinrechnung von Feiertagen.

10. Nach Halle a. S. Antwort: Die Bestimmung in § 13 Ihrer Satzung, daß Sonn- und landesübliche Feiertage bei Berechnung der Meldefrist nicht mitgezählt werden, steht zwar nur in dem auf Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses bezüglichen Absatz 1, muß aber auch auf andere Meldungen, von denen im § 12 die Rede ist, bezogen werden. Denn es ist kein verständiger Grund zu erkennen, weshalb diese anderen, den Beginn und das Ende der Beschäftigung betreffenden Meldungen von der doch offenbar einer praktischen Erwägung Rechnung tragenden Verlängerung der Frist um die Sonn- und Feiertage ausgenommen sein sollten, und vor allem ist zu beachten, daß die unmittelbar anschließenden weiteren Vorschriften des § 13 (Abs. 2 bis 4) den gesetzlichen Inhalt der §§ 530 Abs. 1, 2 und 531 Abs. 1, 2 wiedergeben, also zweifellos auf Meldungen aller Art, nicht bloß auf Veränderungen des Beschäftigungsverhältnisses zu beziehen sind. Die Einfügung jenes Satzes in den Abs. 1 des § 13 ist daher zweifellos ein bloßer Fassungsfehler. Der Satz ist von allgemeiner Bedeutung und enthält für die Meldungen eine Erweiterung der gesetzlichen Vorschrift des § 127 RVO., wonach die dreitägige Meldefrist, wenn der letzte Tag auf einen Sonn- oder Feiertag fällt, erst mit dem nächsten Werktag abläuft (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. zu § 127 RVO.). Endet z. B. das Beschäftigungsverhältnis am Donnerstag vor Ostern, so würde die dreitägige Frist nach § 127 RVO. nicht am Sonntag und auch nicht am Montag, der auch noch ein Feiertag ist, sondern erst am Dienstag ablaufen. Nach Ihrer Satzung dagegen wären der Karfreitag, der Sonntag und der Montag überhaupt nicht mitzuzählen, so daß die Frist erst mit Ablauf des Mittwochs endige. Eine solche Satzungsbestimmung hält sich im Rahmen des § 317 Abs. 2 Satz 2 RVO., ist also gültig.

Wartezeit für Mehrleistungen der Kasse bei Weiterversicherung (§§ 208, 313 RVO.).

11. Nach X. P. Antwort: Die Wartezeit aus § 35 Abs. 2 Ihrer Satzung (§ 308 RVO.) gilt für versicherungspflichtige wie für freiwillige Mitglieder in gleicher Weise. Sie umfaßt nach der Satzung drei Monate nach dem Beitritt, d. h. nach dem Beginn der Kassenmitgliedschaft, beginnt also im Falle der Weiterversicherung nicht etwa erst mit dieser, sondern mit der Pflichtmitgliedschaft, die durch die Weiterversicherung ununterbrochen fortgesetzt wird. — Ihr Hinweis auf „Hahn, Handb. der KrVers. 8. u. 9. Aufl. Anm. 3 zu § 313 S. 347 (?) ist unverständlich.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1200 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | **21. Februar 1918** | **Heft 6**

Zur Bewegung gegen die Sonderversicherung der Privatangestellten.

Im Anschluß an unsere Veröffentlichung im Jahrgang 1917 Heft 36 S. 809 ff., setzen wir heute die Mitteilung des Ergebnisses unserer Umfrage fort und schieben zuvörderst eine Erklärung der nächstbeteiligten amtlichen Stelle ein. Es schreiben:

8. **Der Präsident des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte,** Berlin-Wilmersdorf:

Im Heft 36 der Arbeiter-Versorgung vom 21. Dezember 1917 sind auf eine Rundfrage der Schriftleitung verschiedene Äußerungen „zur Bewegung gegen die Sonderversicherung der Privatangestellten" zusammengestellt, aus denen hervorgeht, daß die Mitteilungen im Jahresbericht der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für 1916 (S. 16) über die Anzahl der Arbeitgeber und Versicherten hier und da vollständig mißverstanden worden sind und zu falschen Folgerungen geführt haben. Es ist dort gesagt: „So wurden im abgelaufenen Geschäftsjahre bei einem Bestande von 352 748 gemeldeten Arbeitgebern monatlich im Durchschnitt nur von 159 882 Arbeitgebern, also noch nicht einmal von der Hälfte Beiträge eingezahlt." Aus diesem Satz, der nur besagen will, daß von 352 748 gemeldeten Arbeitgebern 192 866 ihre sämtlichen versicherungspflichtigen Angestellten abgemeldet haben, wird sonderbarerweise das „Eingeständnis" herausgelesen, daß diese große Zahl von Arbeitgebern Beiträge hinterzögen. Daß ein solch „niederschmetterndes Ergebnis" bei einer deutschen Reichsbehörde, der Zwangsmittel zur Einziehung der fälligen Beiträge genügend zu Gebote stehen, und bei deutschen Arbeitgebern, die ihre Pflicht gegen den Staat und ihre Angestellten gerne erfüllen, eingetreten sein sollte, ist ein so ungeheuerlicher Gedanke, daß von vornherein ein starkes Mißtrauen berechtigt erscheint. Wer aber die Jahresberichte der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte durchgesehen hat, weiß, daß gerade das angefeindete Kontensystem die Möglichkeit gibt, jeden Arbeitgeber, der etwa mit einer Beitragszahlung in Verzug gerät, sofort anzumahnen und bei jedem Versicherten, für den einmal eine Zeitlang keine Beiträge eingegangen sind, Rückfrage darüber zu halten, ob und bei wem er in der fraglichen Zeit versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist. Dies Verfahren wird streng durchgeführt und liefert die besten Ergebnisse.

Nun zu obigen Zahlen! Die „352 748 gemeldeten Arbeitgeber" umfassen alle Arbeitgeber, die von Mitte 1912, dem Beginn der Anmeldungen zur Angestelltenversicherung, bis Ende 1916 der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte durch die Aufnahmekarten ihrer Angestellten oder durch die von ihnen selbst eingereichten Nachweisungen bekannt geworden sind.*) Unter ihnen sind jedoch zunächst solche, die irrtümlich angemeldet waren und bei denen die spätere Prüfung ergeben hat, daß sie keine versicherungspflichtigen Angestellten beschäftigten. Ferner stecken in der Zahl alle die Arbeitgeber, die in der genannten Zeit ihr Geschäft aufgegeben oder aus anderen Gründen alle ihre versicherungspflichtigen Angestellten entlassen und abgemeldet haben. Die Zahl dieser Arbeitgeber ist gerade durch den Krieg besonders emporgeschnellt. *Die 352 748 gemeldeten Arbeitgeber sind also bei weitem nicht alle beitragspflichtig.* Auch mehrfache Zahlungen desselben Arbeitgebers kommen darin vor, wenn er etwa Zweiggeschäfte führte oder sein Geschäft an einen anderen Ort verlegte und neue Angestellte angenommen hat. Es ist daher ganz natürlich, daß diese Zahl der überhaupt gemeldeten Arbeitgeber erheblich größer ist als die Anzahl der zahlenden. Die Ausmerzung der Konten abgemeldeter Arbeitgeber unterbleibt aus Zweckmäßigkeitsgründen.

Die Anzahl der „zahlenden" Arbeitgeber kann selbstverständlich unmittelbar durch eine Auszählung der Arbeitgeberkonten, auf denen die gezahlten Beiträge vermerkt stehen, ermittelt werden. Dieser Weg verbietet sich aber aus praktischen Gründen, weil die Arbeitgeberkonten für die laufenden Buchungen gebraucht werden. Da die Beiträge nach dem Gesetze von jedem Arbeitgeber allmonatlich für den verflossenen Monat zu zahlen sind, so muß eigentlich die Zahl der Beiträge entrichtenden Arbeitgeber mit der Anzahl der Beitragssendungen eines Monats übereinstimmen. Unterschiede zwischen beiden Zahlen kommen jedoch schon dadurch zustande, daß in den Fällen des § 392 überwiegend der Beitrag vom Arbeitgeber unmittelbar an ein Lebensversicherungsunternehmen gezahlt wird, daß der eine oder andere Arbeitgeber auch zweimal im Monat Beiträge schickt, daß Versicherte im Auftrage ihrer mehreren Arbeitgeber deren Gesamtbeiträge in einer Sendung übermitteln u. a. Ein größerer Unterschied entsteht ins-

---

*) Die Zahl ist insofern berichtigt, als Konten der unter verschiedener Bezeichnung mehrfach angegebenen Arbeitgeber ausgemerzt wurden.

besondere dadurch, daß manche Arbeitgeber ihre Beiträge für mehr als einen Monat, sei es im voraus oder nachträglich, einzahlen. Um ihre Anzahl verringern sich dann die Beitragssendungen in den anderen Monaten, in denen die Betreffenden nichts einsandten. Im Abschnitt II II des Jahresberichts für 1916 (S. 40) ist nachgewiesen, daß wegen dieser unregelmäßigen Beitragszahlungen die Anzahl der Beitragssendungen für Juli und September 1914 von 205 140 auf 255 985 bzw. von 169 796 auf 223 926 zu erhöhen ist, um die Menge der zahlungspflichtigen Arbeitgeber zu erhalten. Um mindestens 50 000 wird man daher auch die Zahl der monatlichen Beitragssendungen im Jahre 1916 erhöhen müssen, um die Menge der zahlungspflichtigen Arbeitgeber zu erhalten. Man erhält so 159 882 + 50 000 = rd. 210 000 zahlungspflichtige Arbeitgeber. Der Rest von rund 143 000 gemeldeten Arbeitgebern umfaßt die nicht mehr beitragspflichtigen Arbeitgeber, deren Konten wie oben erwähnt, nicht ausgeschieden werden. Zu ihrer Ermittelung bedarf es zunächst folgender Feststellung: Es kommen in einem Jahre bei der R. f. A. rund 24 000 neue Arbeitgeber zur Anmeldung. Wenn kein Abgang wäre, müßten also die zahlungspflichtigen Arbeitgeber und die monatlichen Beitragssendungen in einem Jahr auch um 24 000 steigen. Statt dessen sind die Beitragssendungen in den Jahren 1915 und 1916 gleich geblieben. Daraus folgt, daß die Zahl der Abgänge sich mit der Zahl der Zugänge das Gleichgewicht hielt. Ein jährlicher regelmäßiger Abgang von 24 000 Arbeitgebern ergibt nun in 4½ Jahren einen Gesamtabgang von 108 000. Mit anderen Worten: In den 352 748 gemeldeten Arbeitgebern stecken 108 000 nicht oder nicht mehr beitragspflichtige Arbeitgeber. Zieht man nun auch den durch den Ausbruch des Krieges verursachten, außerordentlichen Abgang von rd. 32 000 zahlungspflichtigen Arbeitgebern und die oben erwähnten Ursachen kleinerer Unterschiede zwischen zahlenden Arbeitgebern und monatlichen Beitragssendungen in Betracht, so ist der Unterschied zwischen den Zahlen der gemeldeten und der zahlenden Arbeitgeber völlig klargestellt.

In ähnlicher Weise klärt sich auch der Unterschied zwischen den Zahlen der gemeldeten und der Beiträge zahlenden Versicherten auf. Gemeldet wurden der Reichsversicherungsanstalt bis Ende 1916 mittels Aufnahmekarten 2 339 823 Versicherte. Eine erhebliche Menge von diesen ist aber wieder in Abgang gestellt, weil bereits eine Aufnahmekarte vorlag, Versicherungspflicht überhaupt nicht bestand, oder die Versicherung bei einer Ersatzkasse zu erfolgen hatte. Die für Ende 1916 übrig bleibenden 1 976 583 Versicherten sind zu einem erheblichen Teil nicht mehr in versicherungspflichtiger Beschäftigung. Zunächst die Kriegsteilnehmer, deren Zahl für die ersten beiden Kriegsjahre auf 550 000 zu schätzen ist; denn so viele männliche Angestellte im Alter von 17 bis 45 Jahren sind für die ersten zwei Kriegsjahre als „stellungslos“, d. h. für die Reichsversicherungsanstalt als außerhalb einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ermittelt worden. Daß die Stellungslosigkeit durch den Kriegsdienst hervorgerufen wurde, erfährt die R. f. A. bei der Abmeldung des Versicherten durch seinen Arbeitgeber in der Regel nicht; in den genannten Fällen ist aber dieser Grund als Regel anzunehmen. Zu den männlichen 550 000 Kriegsteilnehmern, für die die Beiträge zur Angestelltenversicherung wegfielen, kommen auch noch die weiblichen Versicherten, die sich der freiwilligen Kriegskrankenpflege widmeten. Weiter kommen die vielen weiblichen Angestellten in Frage, die ihren Beruf aufgeben, weil sie sich verheiraten, zu ihren Eltern zurückkehren, oder die ihren Beruf wechseln, um Arbeiterin oder selbständig zu werden. An die freiwillige Weiterversicherung denken leider nur wenige.

Zugleich ist folgendes in Betracht zu ziehen: Durch den Ausbruch des Krieges entstand vor allem ein plötzlicher, außerordentlicher Ausfall von nahezu 300 000 zahlenden Versicherten. Ferner war der laufende Abgang an Versicherten erheblich. In der Zeit vom 1. 8. 1914 bis zum 31. 12. 1916 wurden durch Aufnahmekarten 489 068 neue Versicherte angemeldet; die Zahl der zahlenden Versicherten stieg aber nicht, sondern ging bis Anfang 1916 um etwa 100 000 zurück. (Zu vgl. Geschäftsberichte 1915 S. 20 und 1916 S. 36.) Hiernach bleibt auch von den angeblich 900 000 Versicherten, die nicht zahlen, kaum etwas übrig.

9. Verbandsvorsteher **Reif**, Vorsitzender des Hauptausschusses für Pensions-Versicherung der Privat-Angestellten in Leipzig:

Der mir zur Verfügung gestellte Raum reicht zu einer umfassenden Widerlegung der Angriffe auf die Sonderversicherung nicht aus. Ich kann aber insoweit auf die vor kurzem erschienene Abwehrschrift des Hauptausschusses für die staatliche Pensionsversicherung der Privatangestellten und auf die besondere Denkschrift der Reichsversicherungsanstalt verweisen und mich im übrigen zweckmäßig darauf beschränken, auf die in Heft 36 der Arbeiter-Versorgung veröffentlichten Meinungsäußerungen zu antworten.

Es ist völlig unverständlich, wie fast alle diese Gegner der besonderen Angestellten-Versicherung beteuern können, daß es ein großer Irrtum sei, wenn geglaubt wird, „daß etwa die Befürworter einer Verschmelzung die Ansprüche der Angestellten in ihrer Gesamtheit irgendwie herabsetzen oder verschlechtern wollten“. Der ganze Zweck der besonderen Angestelltenversicherung ist doch, den Angestellten und deren Hinterbliebenen eine bessere, weiterreichende, auskömmlichere Versorgung zu verschaffen, als sie die Arbeiterversicherung bietet. Und das ist tatsächlich erreicht. Eine ganze Reihe von Vorteilen, wie die höheren Bezüge an Ruhegeld, die bedingungslose Witwenrente, die weiterreichende Waisenrente, vor allem aber der bessere Invaliditätsbegriff und seine Bemessung und dann das sehr viel bessere Heilverfahren und noch einiges andere, machen die Angestelltenversicherung zu einer Einrichtung, die der Versorgung der öffentlichen Beamten ganz nahekommt und weit über der der Arbeiter steht. Das könnte aber doch bei einer Verschmelzung oder auch nur bei einer Anpassung der Versicherung an die Grundlagen und Grundsätze der Arbeiterversicherung unmöglich aufrecht erhalten werden. In diesem Punkte sieht einer der Beurteiler, Herr Geh. Regierungsrat Dr. Freund, offenbar tiefer, wenn er sagt: „Es ist des weiteren nicht einzusehen, warum den Angestellten größere Vorteile aus der Versicherung zugewendet werden sollen als den Arbeitern.“ Nun, viele haben das doch eingesehen, daß die Lebens- und Arbeitsverhältnisse der Privatangestellten eine andere Beurteilung erfordern als die der Arbeiter. Nicht weil diese als „nur Arbeiter“ angesehen werden, wie Geh. Justizrat Hahn zu Unrecht unterstellt, sondern weil es sich bei den Privatangestellten um eine Schicht handelt, deren Verhältnisse andere, und zwar so ziemlich die gleichen sind,

die bei den öffentlichen Angestellten aller Stufen jeder ohne weiteres als vorhanden zugibt. Man muß nur nicht immer an die niederste Stufe der Angestelltenschaft denken, sondern auch an die sehr breite Mittelschicht und auch an die oberen Schichten, die doch eben auch dazu gehören und in die ein Aufsteigen selbst aus der untersten Schicht möglich bleibt, tatsächlich auch weit häufiger eintritt als bei den öffentlichen Beamten und von den Tüchtigsten jedenfalls angestrebt wird. Wie überhaupt der Einwand von der Unbestimmbarkeit einer Berufsschicht von Privatangestellten durchaus zurückzuweisen ist. Die Schicht als Ganzes ist völlig klar übersehbar, nur die unterste Grenze zeigt zahlreiche Unbestimmtheiten und Übergänge, das ist aber eine Erscheinung, die sich so ziemlich überall im sozialen Leben vorfindet und die nicht unüberwindlich ist. Im übrigen ist Herrn Dr. Freund noch zu erwidern, daß die Privatangestellten größere Vorteile aus der Versicherung auch deshalb beanspruchen, weil sie die Kosten dieser Versicherung in Gemeinschaft mit ihren Arbeitgebern allein bezahlen und keinerlei Zuschüsse vom Staate fordern, wie sie der Arbeiterversicherung reichlich zufließen.

Recht unbedacht ist die Klage wegen der Überlastung des einen bisher vorhandenen Rentenausschusses: „Wie sollen die Zustände erst werden, wenn die Rentenanträge stärker einsetzen?" — Dann werden eben Rentenausschüsse nach Bedarf errichtet, wie es das Gesetz ausdrücklich vorschreibt.

Mit ganz besonderem Nachdruck wird von mehreren Kritikern die Mitteilung im Geschäftsbericht der Reichsversicherungsanstalt angegriffen, daß 1916 bei einem Bestande von rund 350 000 Arbeitgebern im Durchschnitt nur etwa die Hälfte Beiträge bezahlt haben und daß für fast 900 000 Versicherte keine Beiträge eingegangen sind. Es ist zuzugeben, daß der Geschäftsbericht diese Tatsachen in solcher Weise vorführt, daß erhebliche Bedenken entstehen konnten; aber es ist ja inzwischen aus der Reichsversicherungsanstalt selbst eine zahlenmäßige Aufklärung ergangen, die allen diesen Bedenken den Boden entzieht.

In ähnlicher Weise bilden die angeblich zu hohen Verwaltungskosten der Reichsversicherungsanstalt einen Stützpunkt ihrer Gegner, aber diese Darstellungen sind mindestens einseitig, lassen vieles außer acht, was mit berücksichtigt werden muß. Der Arbeiterversicherung werden umfangreiche und kostspielige Geschäfte von den örtlichen und Staatsbehörden abgenommen (z. B. besorgt die Post unentgeltlich den Vertrieb der Versicherungsmarken und die sämtlichen Rentenauszahlungen), die Angestelltenversicherung trägt ihre sämtlichen Kosten allein. Die Arbeiterversicherung hat auch die ersten, naturgemäß höheren Einrichtungskosten längst hinter sich, die Angestelltenversicherung ist jetzt erst aufgebaut worden. Wenn man übrigens nicht die Zahl der Versicherten mit den kleinen Beitragszahlungen der Berechnung zugrunde legt, sondern die Summe der eingenommenen und zu verwaltenden Beiträge, dann ändert sich das Bild ganz wesentlich, dann betragen die Unkosten der Arbeiterversicherung 12 v. H., die der Angestelltenversicherung nur 4 v. H., und von jeder Mark des Beitrags stehen also bei dieser 96 ₰, bei jener 88 ₰ für die Deckung der Leistungen zur Verfügung.

Daß die Auflösung der Bestände der einen und zentralisierten Versicherungsanstalt der Angestellten und ihre Verteilung auf die etwa 40 Träger der Arbeiterversicherung eine wohlfeilere Verwaltung herbeiführen würde, ist ein Trugschluß, der nicht einmal durch den äußeren Anschein gerechtfertigt wird, geschweige denn durch die tatsächlichen Umstände. Wegen dieser muß auf die vorhin erwähnte Schrift des Hauptausschusses verwiesen werden.

Landesrat Brunn meint, Doormann habe zwar behauptet, daß die Reichsversicherungsanstalt recht erhebliche Mittel für außerordentliche Leistungen während der Kriegszeit bereitstellen konnte, aber verschwiegen, welche außerordentlichen Leistungen das sind. Sollte dem Frager nicht bekannt sein, daß die Reichsversicherungsanstalt — neben anderen kleineren Kriegsleistungen — den Kriegsteilnehmern unter ihren Versicherten die vollen Beiträge als bezahlt anrechnet, also die Beiträge für sie entrichtet, und zwar, anders als bei der Invalidenversicherung, mit dem vollen Betrage, den sie zuletzt bezahlten? Das ist ein Aufwand, der bis Ende 1917 die Summe von rund 336 Millionen Mark erreicht, gewiß eine gewaltige und dankenswerte Leistung!

Daß die Reichsversicherungsanstalt ihre Kapitalien günstiger ausnützt als die Invalidenversicherung (4,75 v. H. Verzinsung gegen 3,92 v. H.), kommt doch den Versicherten zugute, und wenn solche „Thesaurierungspolitik" in den Kreisen, die praktische Wohlfahrtspflege üben, nicht gebilligt wird, so ist dem entgegenzuhalten, daß die Angestelltenversicherung als noch junges Unternehmen zweifellos die Pflicht hat, zuerst die Erfüllung ihres Hauptzweckes anzustreben, ehe sie sich Nebenzwecken zuwendet. So wertvoll die Unterstützung der gemeinnützigen Bautätigkeit ist, sie ist doch im Zusammenhange dieser Dinge eben ein Nebenzweck, der Hauptzweck der Angestelltenversicherung ist aber der Aufbau der eigenen Einrichtung und dann der Ausbau im Sinne vollkommenster Sicherung des Zweckes und der möglichen Verbesserungen. Wenn das erreicht ist, und wenn vor allem die Angestelltenversicherung einen gewissen Beharrungszustand erreicht hat, dann wird sie auch Nebenzwecken mehr Aufmerksamkeit zuwenden können.

Herr Dr. Freund nimmt für seine abfällige Beurteilung der besonderen Angestelltenversicherung eine Äußerung des Grafen Posadowsky in Anspruch. Das ist unberechtigt und irreführend, denn Graf Posadowsky hat sich zwar beim ersten Auftauchen dieses Versicherungsgedankens gegen eine besondere Angestelltenversicherung ausgesprochen, später aber, und wohl gerade durch seine gründliche und verantwortliche Beschäftigung mit der Sache, ist er ein warmherziger Förderer und Fürsprecher gerade der Sonderversicherung geworden.

Mit geradezu verblüffender Sicherheit behauptet Herr Dr. Freund, die Durchführung des Heilverfahrens für die Angestellten sei bei der bestehenden Zentralisation „bei weitem nicht mit der Sorgfalt und in dem Umfange durchzuführen" wie bei der dezentralisierten Arbeiterversicherung. Woher weiß er das? Die weitesten Schichten der Angestellten haben im Gegenteil die wohlbegründete Überzeugung, daß das von ihrer Versicherung ausgeübte Heilverfahren ausgezeichnet und dem der Arbeiterversicherung bei weitem überlegen ist.

Überhaupt besteht bei all den Gegnern der Angestelltenversicherung gar keine Kenntnis von der Stimmung und Auffassung der Angestelltenschaft! Fast alle berufen sich auf die Ansichten der „Arbeitsgemeinschaft für das einheitliche Angestelltenrecht", (die übrigens jetzt „Arbeitsgemeinschaft freier Angestelltenverbände" heißt). Ist das die Angestelltenschaft? Ach nein, das ist eine recht kleine Gruppe, das sind etwa ein Zwölftel der gesamten organisierten Angestellten. Das sind die

nicht sehr zahlreichen Angestellten, die gewerkschaftlich auf dem schroffsten Kampfstandpunkte stehen und grundsätzlich die Anschauung vertreten, daß die Angestellten mit der Arbeiterbewegung zusammen eine geschlossene Einheit zu bilden haben. Dieser verschwindenden Minderheit stand schon bei der Entstehung des Gesetzes der „Hauptausschuß" gegenüber, der hauptsächlich die großen Angestelltenverbände und insgesamt 700 000 oder elf Zwölftel der organisierten Angestelltenschaft umfaßt. Diese Gruppierung ist auch heute noch vorhanden, auch noch derselbe grundsätzliche Unterschied in der Stellung zum sozialen Kampf. Sind diese Zahlenunterschiede nicht bekannt? Es ist doch einfach nicht zulässig, über die Auffassung der geradezu geschlossenen Masse der Angestellten hinwegzugehen, wie es meistens geschieht. Es kommt hinzu, daß die Arbeitgeber selbst auch an einer Verschmelzung der Angestelltenversicherung mit der Arbeiterversicherung gar kein Interesse haben, sondern die Versicherung, so wie sie ist, erhalten sehen wollen.*) Es ist auch nicht zutreffend, was Dr. Manes sagt, daß der Hauptwiderstand gegen die tatsächlich von ihm ausgegangene Bewegung von der Reichsversicherungsanstalt geleistet wird, die „nicht gern wieder verschwinden möchte, noch ehe sie in ihren Palast eingezogen ist" (!), sondern der Hauptwiderstand geht von der gesamten Angestelltenschaft aus, die ihre eigene Versicherung wert schätzt und erhalten will, **ja nicht nur erhalten, sondern weiter ausbauen will als eine kostbare Lebenssicherung.** Das würde die Öffentlichkeit sehr eindrucksvoll zu spüren bekommen, wenn sich die Führer der Angestellten nicht sagten, daß die Köpfe und die Herzen in unserem Volke jetzt doch wohl von anderen Dingen voll und übervoll sind, und wenn sie nicht die Überzeugung hätten, daß alle diese Bemühungen, die Angestelltenversicherung abzuschaffen oder zu verschmelzen, gänzlich aussichtslos sind. Wenn ferner gesagt wird, daß es „auf der Hand liegt, welche schweren Schädigungen die Angestellten durch diese Zustände in ihrem Versicherungsverhältnis erleiden", so bitte ich doch dringend darum, die Angestellten nicht für solche Waisenkinder zu halten, daß sie das nicht selbst merken würden. Die Angestellten sind gewiß nicht wunschlos und erhoffen in ihrer Versicherung — an der sie in ganz anderer Weise mitarbeiten können als die Arbeiter an der ihrigen — noch manche Verbesserungen anzubringen, aber eine Abschaffung der Angestelltenversicherung oder eine Verschmelzung mit der Invalidenversicherung lehnen sie mit aller Entschiedenheit ab.

Wenn man alle Umstände ins Auge faßt, die tatsächlichen Verhältnisse, die Auffassungen in maßgebenden Angestelltenkreisen und bei den Arbeitgebern und schließlich auch die besondere Stimmung und Not dieser Zeit, dann kann man wirklich gar nicht anders, als dem Abgeordneten Doormann zustimmen, wenn er vermutet, es gäbe Leute, deren auf ein bestimmtes Ziel eingestelltes Denken trotz der größten Weltereignisse in den gewohnten Bahnen weiterlaufe und denen ihre Lieblingsideen für viel zu wichtig dünken, um sie bis zu einer passenden Gelegenheit für sich behalten zu können.

10. **Clara Meinel** vom Kaufmännischen Verband für weibliche Angestellte E. V. (Sitz Berlin) zu Frankfurt am Main:

Die Vertreter des Gedankens einer Verschmelzung von Angestellten- und Invalidenversicherung sind sich weder in ihren Forderungen noch in den Gründen für sie einig.

Im Vordergrunde steht jedoch das Erlebnis dieses Weltkrieges. Die völlige Umgestaltung der politischen Verhältnisse soll eine Vereinheitlichung des Versicherungswesens gebieterisch fordern. Ist das nicht Schwärmerei? Man soll doch nicht vergessen, daß eine bessere Versicherung mehr kostet als eine, die geringere Leistungen bietet. Nun haben sich die Angestellten die bessere Versicherung erkämpft, vornehmlich damit, daß sie von allem Anfang an bereit gewesen sind, die Kosten dafür zu bezahlen. Die Arbeiterschaft hat bis jetzt zum mindesten noch niemals gesagt, daß sie zu gleichen Opfern bereit ist. Würde die politische Neugestaltung wirklich eine Gleichmachung in dieser Beziehung fordern, so wäre die weitere natürliche Folgerung, daß auch die bessere Versorgung der Beamten aufhören müßte — denn wie wollte man sie rechtfertigen?

Eine Verschlechterung der Versicherungsleistungen soll unter keinen Umständen eintreten. Man bemüht sich nachzuweisen, daß der Begriff der Erwerbsunfähigkeit in der Invalidenversicherung und der Begriff der Berufsunfähigkeit in der Angestelltenversicherung sich decken bis auf den geringfügigen Unterschied in dem Maßstab von 33⅓ und 50 v. H. Dabei wird nur übersehen, daß der Angestellte in der Invalidenversicherung, der Rente beantragt, sich

*) Der Verband Sächsischer Industrieller schreibt am 16. Oktober 1917 an den Hauptausschuß: „. . . . und nachdem das Gesetz seit seinem Bestehen sich durchaus auch bewährt hat, liegt unserer Meinung nach kein Grund vor, jetzt die Frage . . . erneut anzuschneiden. Der Verband Sächsischer Industrieller wird jedenfalls, wenn er zu einer gutachtlichen Äußerung aufgefordert werden sollte, sich entsprechend seiner bisherigen Haltung auf den Boden des jetzigen Gesetzes und damit auf den Boden der Sonderkasse stellen."

Der Zentralverband Deutscher Industrieller schreibt am 22. Oktober 1917 an den Hauptausschuß: „. . . Wir sind den Bestrebungen, die Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung zu verschmelzen, sofort nach Bekanntwerden der Pläne entschieden entgegengetreten und haben auch die uns nahestehenden Stellen veranlaßt, sich nachdrücklich hiergegen auszusprechen."

„Der Arbeitgeber", Zeitschrift der Vereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände, behandelt die Frage am 1. Oktober 1917 in einem längeren Aufsatze, weist sehr wirksam die Angriffe auf die Angestelltenversicherung zurück und kommt zu dem Schluß, „daß die Angestelltenversicherung bis jetzt durchaus den in sie gesetzten Erwartungen entsprochen hat und dies jedenfalls auch weiter tun wird."

Die „Deutsche Arbeitgeber-Zeitung" endlich schreibt in ihrer Ausgabe vom 27. Januar 1918: „. . . Dieser Zweck (der aufgenommenen Erörterung. D. V.) ist in vollem Umfang erreicht worden. Es sind uns von maßgebender Seite, aus den Kreisen der Praxis und der Theorie, überzeugende Zuschriften zugegangen, in denen klar und deutlich bewiesen wurde, daß aus den verschiedensten Gründen, vor allem aus solchen sozialpolitischer Art, der Plan einer Zusammenlegung der verschiedenen Versicherungszweige durchaus zu verwerfen sei. Den Interessen der Arbeitgeber würde eine solche Vereinheitlichung nicht entsprechen. Auch ist nicht daran zu denken, daß eine solche Maßnahme ernsthaft in Angriff genommen wird."

Es stehen solcher Äußerungen noch mehrere zur Verfügung.

mit der Gesamtheit der Versicherungspflichtigen vergleichen lassen muß, während sich bei der Abschätzung seiner Leistungsfähigkeit in der Angestelltenversicherung der Vergleich auf seine Berufsgenossen beschränkt.

Daß die Hinterbliebenenversorgung in der Angestelltenversicherung wesentlich besser ist als in der Invalidenversicherung, wird unumwunden zugegeben. Während nun die einen meinen, daß dann eben die Invalidenversicherung verbessert werden muß, — wozu leider gerade auf diesem Gebiet gar keine Aussicht besteht — erklären die anderen, daß für eine Bevorzugung der Witwen der Angestellten kein Bedürfnis bestehe. Wie verträgt sich das mit dem zuerst verkündeten Grundsatz, daß keine Verschlechterung eintreten soll? Ein so guter Kenner der Invalidenversicherung wie Landesrat Seelmann meint sogar einen Unterschied in den Leistungen zugunsten der Invalidenversicherung feststellen zu können. Abgesehen davon, daß Einzelleistungen gar nicht entscheidend sind, ist das auch nicht zutreffend. Einmal ist das Ruhegeld bei Alter ebenso hoch wie das Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit, — das ist sehr beachtlich! — während die Altersrente wesentlich niedriger ist als die Invalidenrente. Aber die Angestelltenversicherung kürzt das Ruhegeld, wenn Ruhegeld, Renten der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung und Einkommen aus gewinnbringender Beschäftigung allein oder zusammen den Jahresarbeitsverdienst übersteigen, der dem Durchschnitt der sechzig höchstens monatlichen Beiträge entspricht. Vermutlich wird es sehr viele Versicherte geben, die sich gern etwas kürzen lassen würden, denn ihre Bezüge wären dann sehr hoch. Dies Beispiel zeigt, wohin man kommt, wenn man zuviel beweisen will.

Das Gesetz ist nicht etwa fehlerlos. Leibrenten von einer Mark jährlich, die nebenbei nicht allein auf dem Gesetz, sondern auf Ausführungsbestimmungen des Bundesrats beruhen, sind natürlich Unsinn. Man kann auch in dem Bestreben, jedem Versicherten Leistungen zu sichern, zu weit gehen. Im ganzen genommen ist aber doch der Hinweis am Platze, daß die Gesamtheit der weiblichen Versicherten durch eine Verschmelzung schwer geschädigt werden würde. Die besonderen Leistungen der Angestelltenversicherung an die Frauen würden in der Invalidenversicherung vermutlich fallen. Damit würde den Frauen der Ausgleich für die Mehrbelastung genommen, den sie jetzt haben. Die Rückzahlung der halben Beiträge bei Verheiratung, das Sterbegeld an Angehörige in gewissen Fällen und vor allem die Leibrente, die ja erst in Jahrzehnten Bedeutung gewinnen wird, — das zusammen ist den Frauen wertvoller Besitz, den sie nicht ohne weiteres aufgeben wollen.

Über die Verbilligung und Verbesserung der Verwaltung durch die Übernahme der Angestelltenversicherung durch die Landesversicherungsanstalten ist sehr viel gesagt und geschrieben worden. Zuletzt steht hinter den Ersparnissen aber doch immer ein recht großes Fragezeichen. Die ungeheuerlichen Angriffe gegen die Reichsversicherungsanstalt, die Vermutungen von ins Ungemessene gehenden Beitragshinterziehungen werden wohl verstummen, nachdem die Reichsversicherungsanstalt selbst eine umfassende Aufklärung gegeben hat. Freilich bleibt die Tatsache bestehen, daß noch sehr viele Angestellte zu Unrecht nicht versichert werden. Wer Gelegenheit hat, Einblick in die Verhältnisse zu gewinnen, der weiß, daß hier noch viel zu tun ist. Die Notwendigkeit der Kontrolle wird auch von Vertretern der Landesversicherungsanstalten betont. Woher mag es kommen, daß zweifellos viele Arbeitgeber ihrer Anmelde- und Zahlungspflicht nicht nachkommen und viele Angestellte, besonders unter den Unorganisierten, damit ausdrücklich oder stillschweigend einverstanden sind? Das Gesetz ist das Ergebnis eines Kampfes. Am erbittertsten tobte er aber nicht zu der Zeit, da die Gestalt des Gesetzes noch unentschieden war. Hätten die Vertreter der Vereinheitlichung, die heute nicht laut genug predigen können, in den Anfängen der Bewegung ihre Meinung so nachdrücklich ausgesprochen, wer weiß, ob es nicht anders gekommen wäre. Weite Kreise der Angestellten, auch die maßgebende Organisation der weiblichen Versicherten, traten im Anfang der Bewegung für den Ausbau der Invalidenversicherung ein. Die Frauen, bei denen die Schwierigkeit der Abgrenzung des Versichertenkreises ja noch viel größer ist als bei den Männern, hatten ja auch Grund genug dazu. Als die Entwicklung aber dann zur besonderen Angestelltenversicherung drängte, für die in erster Linie die Sorge der älteren Angestellten für ihre Hinterbliebenen die treibende Kraft war, ordneten sich die Frauen bewußt ein, um im Rahmen des Gegebenen ihre Besonderheiten berücksichtigt zu bekommen. Als die Gestalt des Gesetzes im wesentlichen entschieden war, setzte der Kampf dagegen mit voller Heftigkeit ein. Es ging nicht mehr um seine Form, es ging gegen das Gesetz. Der Sturm hielt auch an, ja er verstärkte sich noch einmal, als die Wahlen kamen und bald darauf die Beitragszahlung begann. Von den Freunden verteidigt, von den Feinden gehaßt und bekämpft, begann das Gesetz seine Wirksamkeit, d. h. die Beitragszahlung fing an. Ist es ein Wunder, daß die Gleichgültigen und Unerfahrenen lieber unversichert blieben, und daß viele Arbeitgeber glaubten, sie täten den Angestellten einen Gefallen, wenn sie sie vor dieser Versicherung bewahren? Dazu kommen jene, die überhaupt jeder neuen Belastung abgeneigt sind und denen jedes Mittel recht ist, sich ihr zu entziehen. Die Reichsversicherungsanstalt hätte schärfer zufassen können, um diese Säumigen zu ihrer Pflicht anzuhalten. Die Jahresberichte zeigen, daß sie von ihrer Befugnis, zu strafen, wenig Gebrauch gemacht hat. Andere haben die Nachsicht wieder gutgeheißen, damit die Stimmung, die dem Gesetz gegenüber keineswegs freundlich gewesen ist, nicht noch mehr beeinträchtigt würde.

Nachdem nun durch die beginnenden Leistungen des Gesetzes, das umfangreiche Heilverfahren vor allem, und durch die Aufklärung der Berufsvereine eine gerechtere Beurteilung des Gesetzes Platz gegriffen hat, nachdem die Angestellten auf „ihre" Versicherung etwas geben und die Arbeitgeber sich in ihrer Mehrzahl mit der Belastung abgefunden haben, kommen die Forderungen einer Neuordnung. Sie bringen Unruhe in die Kreise, die mit der Versorgung durch die Versicherung rechnen. Daß eine Vereinheitlichung ohne Verschlechterung undenkbar ist, liegt doch für Leute, die rechnen können, auf der Hand. Daß gerade die unruhige Kriegszeit, die die stetige Entwicklung unterbrochen und manche Hemmung gebracht hat, dazu benutzt wird, macht die Verantwortung der Personen, die zur Vereinheitlichung aufrufen, wahrlich nicht leichter.

Gewiß hat die Angestelltenversicherung manche Mängel. Aber denen ist abzuhelfen, ohne Gewaltmittel anzuwenden, die an eine Eisenbartkur erinnern.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wert der Sachbezüge (RVO. § 160 Abs. 2).

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw.** vom 12. Januar 1918 (HMBl. S. 75).

Die von den Versicherungsämtern festgesetzten Ortspreise, nach denen der Wert der Sachbezüge festgesetzt wird (§ 160 Abs. 2 RVO.), stehen wegen der gegenwärtigen Teuerung aller Lebensbedürfnisse häufig in keinem Verhältnis zu den tatsächlichen Kosten der Sachbezüge; deshalb bedeutet die Beibehaltung der früher festgesetzten Ortspreise eine schwere Schädigung der Versicherten. Dies gilt nicht nur für die Krankenversicherung, sondern auch für die Unfall- und Hinterbliebenenversicherung. Die Krankenkassen haben nun wiederholt geklagt, daß die Versicherungsämter ihre Anträge auf Erhöhung der Ortspreise ablehnen. Unter den obwaltenden Umständen erscheint es aber angezeigt, daß die Versicherungsämter ihre früher getroffenen Festsetzungen der Ortspreise einer Nachprüfung unterziehen. Dies würde nur da nicht erforderlich sein, wo die Festsetzung der Ortspreise nicht allgemein im voraus, sondern von Fall zu Fall nach Bedarf erfolgt, die gegenwärtige Teuerung also schon berücksichtigt wird. Zur Beseitigung des erörterten Mißstandes ersuchen wir, die Versicherungsämter mit entsprechender Weisung zu versehen. Im übrigen gelten auch hier die in beiden letzten Absätzen des Erlasses vom 17. August 1917 (III. 5085 M. f. H. — IA. Ia. 12013 M. f. L.) gegebenen Richtlinien.

Selbständiger Agent oder Handlungsgehilfe?

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 30. Juni 1917 (P. 33/17).

Dem Rentenausschuß ist zunächst darin beizutreten, daß B. nach der Art seiner Tätigkeit bei der Gesellschaft in L. zweifellos als Agent und nicht als Handlungsgehilfe anzusehen ist. Denn er ist zur Entfaltung einer Tätigkeit für die von ihm vertretenen Firmen nicht verpflichtet, es ist vielmehr seinem eigenen Ermessen überlassen, in welchem Umfang und in welcher Weise er für sie tätig werden will. Auch sonst unterliegt er bei der Verwendung seiner Arbeitszeit und seiner Arbeitskraft keinen wesentlichen Beschränkungen und er darf, abgesehen von Konkurrenzfirmen, auch für andere Firmen als die Gesellschaft in L. tätig sein. Von dieser Befugnis hat er auch Gebrauch gemacht und betätigt sich noch für zwei weitere Firmen als Warenagent. Daß er selbständiger Kaufmann ist, geht auch ferner daraus hervor, daß er seine Unkosten selbst trägt, daß er eine kaufmännische Firma zum Handelsregister angemeldet hat und wie andere selbständige Gewerbetreibende Handelskammerbeiträge entrichtet und sein Gewerbe angemeldet hat.

Alle diese Umstände verkennt auch die beschwerdeführende Reichsversicherungsanstalt nicht, sie glaubt aber trotzdem das Vorliegen eines Handlungsgehilfenverhältnisses annehmen zu müssen, weil B. eine feste Jahresvergütung von 600 ℳ erhält. Das Oberschiedsgericht hat allerdings in dem Beschlusse vom 8. Dezember 1915 in Sachen B. — P. 64/15 — („Angestelltenvers." 1916 S. 67, 68 Nr. 94) grundsätzlich ausgesprochen, daß es für die Entscheidung der oft zweifelhaften Frage, ob der Vertreter einer Versicherungsgesellschaft als Agent oder als Handlungsgehilfe anzusehen sei, von entscheidender Bedeutung sei, in welcher Weise die ihm für seine Tätigkeit gewährte Entschädigung geregelt sei. Dabei ist ausgeführt, daß *Mindestprovisionseinnahmen, die dem Vertreter fest garantiert sind*, auf die er also bestimmt rechnen kann, *sich als eine Art Gehaltszahlung darstellen*. An dieser Auffassung ist in dem Beschlusse vom 29. November 1916 in Sachen H. — P. 142/16 — festgehalten worden. In den erwähnten Fällen handelte es sich aber um solche garantierte Summen, die im Vergleiche zu den schwankenden Provisionseinnahmen von wesentlicher Bedeutung waren. In Sachen B. waren Provisionen in Höhe von monatlich 125 ℳ bzw. 140 ℳ und in Sachen H. war eine Jahresmindestprovision von 2700 ℳ garantiert. Es waren also die garantierten Summen *für die wirtschaftliche Stellung des Vertreters wesentlich* und geeignet, seiner ganzen Lebenshaltung eine einigermaßen gesicherte Grundlage zu verschaffen. *Dies ist aber bei der hier in Rede stehenden geringen Garantiesumme von jährlich 600 ℳ nicht der Fall.* Diese unerhebliche feste Einnahme ist daher nicht geeignet, der ganzen Stellung, die sich im übrigen zweifelsfrei als die eines selbständigen Agenten darstellt, eine andere rechtliche Gestaltung zu geben und den Vertreter auf die Stellung eines abhängigen Handlungsgehilfen herabzudrücken. Dabei kann ganz dahingestellt bleiben, ob die garantierte Summe sich als Ersatz für Geschäftsunkosten oder für entgangene Inkassoprovisionen darstellt. In jedem Falle war sie für die wirtschaftliche Existenz des Vertreters von untergeordneter Bedeutung. Das Wesentliche des für die Tätigkeit des B. gewährten Entgelts bestand jedenfalls in den Provisionen, die in normalen Zeiten mindestens das drei- bis vierfache der garantierten Provisionssumme von 600 ℳ betragen haben würden (zu vgl. auch Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 19. Januar 1917 in Sachen E. — P. 138/16 —).

Ob ein Beschäftigungsverhältnis, das sich im allgemeinen als das eines Handlungsagenten darstellt, wegen der Gewährung fest garantierter Bezüge, sich zu einem Handlungsgehilfenverhältnis gestaltet, hängt hiernach stets von der tatsächlichen Würdigung des Einzelfalles ab. Im vorliegenden Falle sind, wie gezeigt, die festen Bezüge von so geringer wirtschaftlicher Bedeutung, daß sie das Verhältnis, das sich im übrigen als das eines selbständigen Agenten darstellt, nicht in das eines Handlungsgehilfen umzugestalten vermögen. Es kann nicht angenommen werden, daß B. lediglich durch die Gewährung der festen Bezüge von jährlich 600 ℳ in ein enges wirtschaftliches und persönliches Abhängigkeitsverhältnis zu der Gesellschaft geraten sei. Er blieb vielmehr auch nach Gewährung dieser festen Mindestprovisionseinnahme, d. h. vom 1. Juli 1914 ab, selbständiger Agent.

Kriegsbeschädigte in Werkstätten einer Invalidenschule nicht versicherungspflichtig.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 27. November 1917 (2977 Amtl. Nachr. 1917 S. 626).

Auf die Anfrage einer staatlichen Invalidenschule hat das Reichsversicherungsamt, vorbehaltlich instanzmäßiger Entscheidung, seine Ansicht dahin geäußert, daß die in den Werkstätten dieser Schule beschäftigten Kriegsbeschädigten der Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung nicht unterlägen, und hat hierzu folgendes ausgeführt:

Was zunächst die Unfallversicherung betrifft, so läßt sich zwar aus den dargelegten Verhältnissen nicht bestimmt ersehen, welche Gegenstände in den Werkstätten hergestellt und ob Dampfkessel oder von elementarer oder tierischer Kraft bewegte Triebwerke dabei verwendet werden. Hierauf kommt es aber nicht weiter an. Da durch gewinnbringende Arbeiten die Unterhaltskosten der Schule nur zum geringsten Teile gedeckt werden, sind die Werkstätten nicht als gewerbsmäßige Betriebe anzusehen. Sie könnten danach offenbar nur als Motorbetriebe unter die Unfallversicherung fallen (zu vgl. §§ 537, 538 RVO.). Alsdann würden von der Versicherungspflicht die Personen erfaßt werden, welche mit den Motoren oder den von diesen bewegten Arbeitsmaschinen in Berührung kommen, aber unter der Voraussetzung, daß sie als „Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge“ oder als „Betriebsbeamte“ im Sinne der §§ 544, 545 RVO. anzusehen sind. Letzteres trifft bei den Schülern der Invalidenschule nicht zu, da sie ausschließlich zur Ausbildung in den lediglich Lehrzwecken dienenden Werkstätten beschäftigt werden. Hieran ändert auch der Umstand nichts, daß einigen von ihnen bei guten Arbeitsleistungen Prämien ausgezahlt werden. Der Unfallversicherung unterliegen die Schüler der Invalidenschule danach nicht.

Das gleiche gilt von der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und der Krankenversicherung, da die Schüler aus dem gleichen Grunde auch hier keiner der unter die Versicherung fallenden Gruppen von Personen (zu vgl. §§ 165 ff., 1226 ff.) zuzurechnen sind.

B. Zur Krankenversicherung.

Feiertage als Arbeitstage.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Merseburg** vom 21. Dezember 1917 (86/17 K.).

Die Allgemeine Ortskrankenkasse in H. hat von den im Bureau einer Berufsgenossenschaft beschäftigten Beamten Beiträge für die in die Woche fallenden Feiertage eingezogen. Die Genossenschaft hat diese Beiträge zurückgefordert, weil Beiträge nur für Arbeitstage eingezogen werden dürften.

Das Versicherungsamt hat die Kasse zur Rückzahlung verurteilt. Das Oberversicherungsamt hat aber diese Entscheidung auf Beschwerde der Kasse aufgehoben aus folgenden G r ü n d e n :

Die in Frage kommenden Bureauangestellten der Berufsgenossenschaft werden monatlich entlohnt, nicht für den einzelnen Tag, an dem sie Arbeit leisten. Personen, die in dieser Art angestellt sind und entlohnt werden, sind ihren Arbeitgebern gegenüber regelmäßig auch an Sonn- und Feiertagen zur Arbeitsleistung verpflichtet und haben im Falle einer solchen Leistung keinen Anspruch auf besondere Vergütung. Hiernach sind die Feiertge, für die die Krankenkasse Beiträge eingezogen hat, als Arbeitstage anzusehen, ohne daß es darauf ankommt, ob tatsächlich an allen diesen Tagen Arbeit geleistet worden ist oder nicht. Da die fraglichen Beiträge somit zu Recht erhoben worden sind, ist der Anspruch der Berufsgenossenschaft auf Rückzahlung unbegründet.

Kriegswochenhilfe für uneheliche Kinder.

Entschließung des **bayer. Staatsministeriums** vom 28. Dezember 1917.

Nach § 3 der Bundesratsbekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) ist der Anspruch auf Wochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers an die Voraussetzung geknüpft, daß es auf Grund des § 2 Abs. 1c des Gesetzes vom 28. Februar 1888 in der Fassung des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. 1888 S. 59; 1914 S. 332) unterstützt wird. Dies ist geschehen, um ein möglichst einfaches Beweismittel für die Vaterschaft des Kriegsteilnehmers und die Bedürftigkeit der Mutter zu gewinnen.

Es hat sich aber gezeigt, daß ein dringendes Bedürfnis zur Gewährung der Wochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers auch gegeben sein kann, wenn die erwähnte Voraussetzung nicht

erfüllt ist. Für einen dieser Fälle, nämlich die Gewährung der Wochenhilfe für die unehelichen Kinder von Kapitulanten hat deshalb bereits die BundesratsBek. vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200) von dem Erfordernis der Gewährung der Familienunterstützung abgesehen. Nunmehr spricht § 4 der BundesratsBek. vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085) unehelichen Kindern von Kriegsteilnehmern den Anspruch auf Wochenhilfe allgemein auch dann zu, wenn zwar Familienunterstützung für sie nicht gewährt wird, aber die Verpflichtung des Kindsvaters zur Gewährung des Unterhalts für das Kind sonst festgestellt und die Mutter minderbemittelt ist.

Damit ist zunächst die im Einverständnis mit dem Reichsamt des Innern ergangene Entschließung vom 14. Juli 1917 Nr. 119 d 92 („K. B. Staatsanzeiger" Nr. 163; KrBeil. S. 631) gedeckt, derzufolge die Wochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers auch dann zu gewähren ist, wenn die Wöchnerin niedergekommen ist, nachdem der Kriegsteilnehmer wegen Krankheit oder Verwundung aus dem Heeresdienste ausgeschieden ist, wenn er nur während der für die Wochenhilfe in Betracht kommenden Zeit durch Erkrankung oder Verwundung an der Wiederaufnahme einer Erwerbtätigkeit gehindert ist. Die Vorschrift gilt aber auch für alle die anderen Fälle, in denen die Familienunterstützung für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers sonst nicht gewährt wird, also insbesondere bei Totgeburten.

Hinsichtlich der Feststellung der Verpflichtung zur Unterhaltsgewährung durch den außerehelichen Vater wird auf die Zusammenstellung der Grundsätze über die Anwendung des Familienunterstützungsgesetzes Z. IV 5 (KrBeil. 1915 S. 443; „K. B. Staatsanzeiger" 1915 Nr. 105) verwiesen. Die Frage, ob die Mutter minderbemittelt ist, ist an der Hand des § 2 der BundesratsBek. vom 23. April 1915 zu entscheiden.

Verjährung der Strafverfolgung wegen Unterlassens einer Abmeldung. — Streit über die Versicherungspflicht im Rahmen des Strafverfahrens.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 6. Oktober 1917 (2397 Amtl. Nachr. 1917 S. 613).

Die Beantwortung der Frage, wann die Verjährung der Strafverfolgung wegen Verstoßes gegen § 530 Abs. 2 der RVO. — Unterlassung der Abmeldung, um die allein es sich jetzt noch handelt — beginnt, hängt davon ab, wann die Straftat als begangen anzusehen ist und ob sich der strafrechtliche Tatbestand auch darüber hinaus fortsetzt. Daraus erhellt zunächst, daß die Auffassung des Oberversicherungsamts irrig ist, wonach die Verjährung bereits mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses beginnen soll. Zu dieser Zeit ist die Zuwiderhandlung noch nicht begangen; denn die im § 317 Abs. 1 der RVO. für die Abmeldung vorgesehene Frist von drei Tagen nach dem Ende der Beschäftigung ist noch nicht verstrichen. Der früheste Zeitpunkt, von dem vom Beginne der Verjährung überhaupt die Rede sein kann, ist der Beginn des vierten Tages nach dem Ende der Beschäftigung des Abzumeldenden. Die entsprechende Auffassung wird auch verschiedentlich vertreten; so von **Olshausen**, Krankenvers. 3. und 4. Aufl. Anm. 3 b Abs. 2 zu § 530, und in den vom Reichsversicherungsamt eingeforderten Äußerungen des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, des Verbandes deutscher Innungskrankenkassen und des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen. Von Bedeutung ist namentlich der zur Begründung derselben Ansicht in der Entscheidung des Landgerichts, Strafkammer II, in Hamburg vom 13. Juni 1904 — St. Nr. 527/01 — zu der entsprechenden Vorschrift des § 81 des Krankenversicherungsgesetzes betonte Gesichtspunkt, daß die Straftat der unterlassenen Abmeldung kein sogenanntes „Dauerdelikt" sei. Denn die Verpflichtung zur Abmeldung werde erst durch die Beendigung des Arbeitsverhältnisses begründet und die Unterlassung führe keinen rechtswidrigen „Zustand" herbei, weil mit dem Beginne der Verpflichtung zum Handeln, d. h. zum Abmelden, auch der Zustand, das Verhältnis aufhöre, das nach dem Gesetze jene besondere Abmeldepflicht begründe, ähnlich das Arbeitsverhältnis zwischen dem Arbeitgeber und dem Abzumeldenden (zu vgl. **Petersen**, Krankenvers. Anm. 4 h zu § 147 KVG.). Diese Begründung läßt allerdings den Unterschied zwischen Abmeldepflicht und Anmeldepflicht klar hervortreten, indem letztere sich auch auf das Fortbestehen eines versicherungsrechtlichen Verhältnisses über die dreitägige Meldefrist hinaus bis zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses erstreckt (zu vgl. Entsch. 2210, Amtl. Nachr. 1916 S. 597). Indessen wird darin der Begriff des Dauerdelikts zu eng gefaßt. Nach der Entsch. des Reichsgerichts, 1. Strafsenat, vom 4. Juni 1883 (Reger, Entsch. Bd. 4 S. 59 Nr. 34) ist bei den Dauerdelikten, soweit sie Unterlassungsdelikte sind, das entscheidende für die Frage nach dem Beginne der Verjährung nur in dem Unterschiede zu finden, „ob das unterbliebene Tun an eine bestimmte Zeit gebunden ist oder die Unterlassung auch über den Eintritt der Verpflichtung zum Handeln hinaus strafbar nacht". Man kann die Verjährungsfrage beim Unterlassungsdelikt nicht schlechthin danach entscheiden, ob die Unterlassung einen rechtswidrigen Zustand begründet, sondern es gibt auch Unterlassungsdelikte, bei denen „das rechtliche Interesse, welchem die gebotene Handlung dienen soll, nicht ein momentanes, vorübergehendes, sondern ein fortlaufendes ist" (Entsch. des Reichsger. vom 4. Juni 1883 a. a. O.). In den Fällen des § 33 Abs. 1 des Reichsmilitärgesetzes vom 2. Mai 1874 (nichtpünktliches Erscheinen der Militärpflichtigen vor den Ersatzbehörden), des § 27 des Gesetzes vom 13. Juni 1873 über Kriegsleistungen (Übertretung der Anordnungen zur Pferdemusterung) und der §§ 4, 5 des Gesetzes vom 13. Februar 1882 über Erhebung einer Berufsstatistik (Übertretung der Vorschriften

über die Angaben zur Berufsstatistik) wird, wie auch die mehrfach erwähnte Entscheidung des Reichsgerichts annimmt, eine Nachholung nach der bestimmten Zeit vom Gesetz als interesselos nicht verlangt. In anderen Fällen dagegen bindet die gesetzliche Bestimmung einer Frist für die Vornahme einer Handlung, deren Unterlassung unter Strafe gestellt ist, die Pflicht zur Vornahme dieser Handlung nicht lediglich an diese Frist. Vielmehr ist die weitere Unterlassung nach Ablauf der Verjährungsfrist seit Ende der Frist der Strafverfolgung nicht entzogen, soweit die Frist nur den Beginn der Strafbarkeit bezeichnen soll. Das gilt z. B. von dem Personenstandsgesetze, dem Impfgesetze, bei der Fremdenpolizei, wenigstens soweit diese die Anmeldung bis zum Verzuge von Abmeldeorte betrifft, bei der Wechselstempelsteuer und dem Vertragsstempel. Ob die Pflicht zur Vornahme der Handlung an die dafür gesetzte Frist gebunden ist, ist nach dem Inhalt der gesetzlichen Vorschriften und ihrem Zwecke zu prüfen. Der § 317 Abs. 1 RVO. gibt aus sich heraus nach dieser Richtung keine Klarheit, und man könnte bei Berücksichtigung nur dieser Vorschrift zu einer Auffassung gelangen, wie sie die erwähnte Entscheidung des Landgerichts Hamburg auf Grund der entsprechenden Vorschrift des § 81 des Krankenversicherungsges. vertritt. Aber wenn man auch annimmt, daß die Unterlassung der Abmeldung nicht die Fortdauer eines gesetz- oder rechtswidrigen Zustandes begründet, so besteht doch über die dreitägige Meldfrist hinaus ein gesetzlich begründetes Interesse an der Nachholung der Abmeldung. Dieses Interesse fußt auf der Vorschrift des § 397 Abs. 1 RVO., wonach die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen sind. Es sei dahingestellt, welche Rückwirkungen eine vom Ablauf der dreitägigen Abmeldefrist zu rechnende Verjährungszeit auf die Durchführung des § 397 Abs. 1 haben könnte; jedenfalls hat der Gesetzgeber in dieser Vorschrift das Interesse an der Nachholung der Abmeldung auch nach Ablauf jener Frist betont, und da auf Sinn und Zweck einer Gesetzesvorschrift in der Regel nicht aus der einzelnen Vorschrift, sondern aus dem Zusammenhange des Gesetzes zu schließen ist, so muß das im § 397 Abs. 1 bekundete Interesse an der Nachholung der Abmeldung auch zum § 317 Abs. 1 in Beziehung gesetzt werden. Hieraus ergibt sich, daß die Verjährung der Strafverfolgung nicht schon mit dem Ablauf der dreitägigen Abmeldefrist beginnt, sondern erst mit der nachgeholten Abmeldung. Diese Auffassung stimmt im Ergebnis mit Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. Anm. 5 b zu § 530 RVO.; Hanow, Kommentar 3. Aufl. Anm. 5 zu § 147; Kobler im Zentralbl. der Reichsvers. 1915 S. 21 ff., besonders S. 23, und mit der eingeholten Äußerung des Allgemeinen Verbandes deutscher Landkrankenkassen (Sitz Berlin) überein. Nur ist dort an den erwähnten Stellen von einem gesetz- oder rechtswidrigen Zustand oder von einem Ordnungsinteresse die Rede, während hier auf das rechtliche, nämlich durch das Gesetz begründete Interesse an der Nachholung der Abmeldung das Gewicht gelegt wird. Dieser Gesichtspunkt tritt bereits in dem Aufsatz „Verjährung der Strafverfolgung wegen Verletzung der Meldepflicht" in den Monatsblättern für Arbeiterversicherung 1913 S. 59 ff., besonders S. 60, zutage.

Wenn ein von dem vorbezeichneten Verbande der Landkrankenkassen nach Abgabe seiner Äußerung überreichtes Gutachten die Ansicht vertritt, daß die Verjährung der Strafverfolgung wegen unterlassener Abmeldung mit der Verjährung der Kassenleistungen beginne, weil erst dann das Interesse der Krankenkasse an der Abmeldung sein Ende erreiche, so kann dem nicht beigepflichtet werden. Das Interesse, das da in den Vordergrund gestellt wird, ist ein tatsächliches, während das hierfür maßgebend erkannte Interesse aus § 397 Abs. 1 RVO. ein rechtliches ist. Gerade dieser Umstand rechtfertigt es auch, daß für die Strafverfolgung wegen Abmeldungssäumnis andere Grundsätze gelten als für die der Abmeldungssäumnis (zu vgl. Entsch. 2240, Amtl. Nachr. 1916 S. 597). Bei der unterlassenen Anmeldung mag sich ein tatsächliches Interesse der Kasse auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus rechtfertigen lassen. Ein rechtliches Interesse, wie es für die Abmeldung durch § 397 Abs. 1 RVO. begründet wird, liegt nicht vor.

Zu erwägen wäre noch, ob nicht das Ergebnis des hier niedergelegten Grundsatzes insofern Bedenken unterliegt, als die Verjährung unter Umständen ganz ausgeschlossen und so die Strafgewalt der Versicherungsbehörden zu weit ausgedehnt wird, zumal wenn man berücksichtigt, daß die Unterlassung der Abmeldung noch im Wege des § 397 Abs. 1 und durch Auferlegung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge nach § 531 Abs. 2 der RVO. ihre Sühne finden kann und zu den rückständigen Beiträgen auch die nach § 397 Abs. 1 nachzuzahlenden Beiträge gehören (zu vgl. Entsch. 2197, Amtl. Nachr. 1916 S. 487). Indessen wären das Erwägungen, die den Gesetzgeber angingen. Überdies aber findet die Belastungsgefahr für die Arbeitgeber darin ihre Grenze, daß die rückständigen Beiträge, die nach § 397 Abs. 1 der RVO. erhoben werden, soweit sie nicht absichtlich hinterzogen sind, nicht im Gesamtbetrage, sondern in den einzelnen Teilbeträgen der Verjährung aus § 29 Abs. 1 RVO. unterliegen, also über die durch die Verjährungsvorschrift gesetzte Grenze nicht hinauswachsen können und daß die Ordnungsstrafen im Rechtsmittelzug auch aus Zweckmäßigkeitsgründen aufgehoben werden können (zu vgl. Entsch. 2339, Amtl. Nachr. 1917 S. 448).

Nach alledem ergibt sich, daß die Strafverfolgung des K. wegen Unterlassung der Abmeldung der Klara A. noch nicht verjährt ist. Die eine Bestrafung

ablehnende Entscheidung des Versicherungsamts vom 9. August 1916 war daher aufzuheben, soweit sie die Unterlassung der Abmeldung betrifft. Gleichwohl war das Reichsversicherungsamt nicht in der Lage, die Schuldfrage zu entscheiden. Die Erklärung, die K. dem Versicherungsamt auf die Mitteilung vom Antrag der Krankenkasse auf seine Bestrafung aus § 530 Abs. 1 RVO. abgegeben hat, läßt erkennen, daß er die Versicherungspflicht der A. bestreitet, weil diese bei ihm zur Erlernung der Haushaltsarbeiten ohne Lohn, nebenher aber auch zu Hause tätig war und dort schlief. Daher war zunächst zu prüfen, ob im Strafverfahren über ein streitiges Versicherungsverhältnis mitzuentscheiden ist. Im § 1488 Abs. 3 RVO. ist ausdrücklich vorgeschrieben, daß, wenn ein Arbeitgeber in einem Strafverfahren wegen Unterlassung der Beitragsabführung seine Beitragspflicht nach dem Vierten Buche der RVO. bestreitet, diese nach § 1459 festzustellen ist. Eine entsprechende Vorschrift findet sich im Zweiten Buche nicht. Als Grund dafür ließe sich allenfalls geltend machen, daß im § 1488 die Strafbefugnis dem Anstaltsvorstande zusteht, während die Strafen nach § 530 vom Versicherungsamte verhängt werden. Gleichwohl trug der Senat Bedenken, hieraus auf die Absicht des Gesetzgebers zu schließen, daß im Strafrecht der Krankenversicherung der im Vierten Buche für das Strafrecht der Invalidenversicherung ausdrücklich ausgesprochene Grundsatz nicht gelten solle. Über die Versicherungspflicht nach § 405 Abs. 2 RVO. entscheidet das Versicherungsamt (Beschlußausschuß). Die Ausgestaltung dieses Verfahrens bietet also in höherem Maße Gewähr für die zu erlassende Entscheidung, als wenn diese ohne Zuziehung von Versicherungsvertretern erginge, wie das im Strafverfahren nach § 530 RVO. der Fall ist. Die Parteien haben ein Recht darauf, daß ihr Streit über die Versicherungspflicht im Rahmen des mit größerer Rechtssicherheit ausgestalteten Verfahrens entschieden wird. Diese Erwägungen haben bereits zu dem Rechtsgrundsatze geführt, daß in dem Beitragsverteilungsverfahren nach § 396 Abs. 2 RVO. für eine gleichzeitige Entscheidung über das Versicherungsverhältnis kein Raum ist (zu vgl. Entsch. 2055 und 2337, Amtl. Nachr. 1915 S. 592 und 1917 S. 445). Die dortigen Erwägungen greifen auch hier Platz und verbieten die Erledigung des Streites über das Versicherungsverhältnis im Rahmen des Strafverfahrens. Dieses muß vielmehr bis zur Erledigung jenes Streites ausgesetzt werden. Hieraus ergab sich die Zurückverweisung der Sache an das Versicherungsamt, welches zunächst das Strafverfahren auszusetzen und das Verfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. durchzuführen haben wird.

C. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Ausführungsbehörden und die Ausführungsbestimmungen für die Unfallversicherung von Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst im Ausland.

Vom 19. Januar 1918 (RGBl. S. 49).

Auf Grund des § 10 Abs. 2 Nr. 2 und des § 19 der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171) bestimme ich folgendes:

A. Bestimmung des Vorstandes der Tiefbau-Berufsgenossenschaft als Ausführungsbehörde.

§ 1. Ausführungsbehörde für die Unfallversicherung von Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst im Ausland, die durch Abs. 1 des § 10 a. a. O. der Unfallversicherung unterstellt sind, ist für die nicht einer deutschen Heeresverwaltung, der Reichs-Marineverwaltung oder der Reichs-Post- und Telegraphenverwaltung unterstehenden Betriebe der Vorstand der Tiefbau-Berufsgenossenschaft in Berlin-Wilmersdorf (§§ 14 bis 16 der Satzung dieser Berufsgenossenschaft), soweit nicht nach § 1 der Bekanntmachung vom 2. Juni 1917 (RGBl. S. 479) in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. Dezember 1917 (RGBl. 1918 S. 11) die Abteilung für Handel und Gewerbe beim Generalgouvernement in Belgien oder der Verwaltungschef bei dem Generalgouvernement Warschau zuständig ist.

B. Gemeinsame Bestimmungen für Hilfsdiensttätigkeiten im Ausland (§ 10 Abs. 1 der Verordnung vom 24. Februar 1917).

§ 2. Als inländische Behörde im Sinne des § 129 Abs. 2 der RVO. gilt auch jede Behörde, die vom Deutschen Reiche in besetzten Gebieten eingesetzt ist und behördliche Aufgaben einer deutschen Behörde erledigt.

§ 3. Für Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst, die in den von deutschen Truppen besetzten ausländischen Gebieten ausgeführt werden, bestimmen die Generalgouverneure oder der Generalquartiermeister oder die von ihnen beauftragten Stellen für ihren Geschäftsbereich, wer nach § 160 der RVO. den Wert der Sachbezüge festzusetzen hat. Dem Reichskanzler (Reichswirtschaftsamt), dem Reichsversicherungsamt und den Ausführungsbehörden für die Unfallversicherung von Hilfsdiensttätigkeiten im Ausland wird mitgeteilt, wem diese Festsetzung übertragen ist.

Für Hilfsdiensttätigkeiten in anderen ausländischen Gebieten wird der Wert der Sachbezüge von der Ausführungsbehörde anderweit ermittelt.

§ 4. Die Versicherungspflicht wird auf Betriebsbeamte erstreckt, deren Jahresarbeitsverdienst nicht 7500 ℳ an Entgelt übersteigt (§§ 896, 1033 Abs. 1 der RVO.).

Die Unternehmer sind berechtigt, auch solche Betriebsbeamte zu versichern, deren Jahresarbeitsverdienst 7500 ℳ an Entgelt übersteigt. Sie haben in diesem Falle die Betriebsbeamten bei der Ausführungsbehörde zur Versicherung anzumelden. Die

Versicherung beginnt mit dem Tage, der auf den Tag des Einganges der Anmeldung folgt, und dauert bis zum Ablauf des Tages, an dem die Abmeldung eingegangen ist. Die Versicherung tritt außer Kraft, wenn die Prämie nicht binnen einer Woche nach Mahnung gezahlt worden ist. Eine Neuanmeldung bleibt solange unwirksam, bis die rückständige Prämie entrichtet ist.

§ 5. Die durch den § 1 der Bekanntmachung vom 2. Juni 1917 in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. Dezember 1917 bestellten Ausführungsbehörden haben die von ihnen auf Grund des § 2 Nr. 8 der ersteren Bekanntmachung erlassenen weiteren Bestimmungen zur Durchführung der Unfallversicherung dem Reichskanzler (Reichswirtschaftsamt), dem Reichsversicherungsamte sowie einander mitzuteilen.

C. Bestimmungen für Hilfsdiensttätigkeiten, für die der Vorstand der Tiefbau-Berufsgenossenschaft Ausführungsbehörde ist.

§ 6. Die Bestimmungen im § 2 Nr. 1 bis 7 der Bekanntmachung vom 2. Juni 1917 gelten auch, soweit der Vorstand der Tiefbau-Berufsgenossenschaft als Ausführungsbehörde zuständig ist (§ 1).

Im übrigen gilt hierfür folgendes:

1. Die Mitglieder des Vorstandes verwalten ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt. Das Reich erstattet ihnen die baren Auslagen, die ihnen durch die Erfüllung der Aufgaben der Ausführungsbehörde erwachsen sind.

2. Das Reichsversicherungsamt führt die Aufsicht über den Vorstand nach Maßgabe der §§ 30 ff. der RVO.

3. Für den Vorsitz und andere Ämter im Vorstand, für die Beschlußfassung des Vorstandes und seiner Vertretung nach außen gelten die §§ 17 bis 22 der Satzung der Tiefbau-Berufsgenossenschaft entsprechend mit der Maßgabe, daß der Vorstand die Willenserklärungen als Ausführungsbehörde abgibt und ein Siegel führt, dessen Aufschrift die Ausführungsbehörde bezeichnet.

4. Der Vorstand erledigt die Aufgaben der Ausführungsbehörde mittels der Verwaltungseinrichtungen der Tiefbau-Berufsgenossenschaft (Geschäftsstelle der Genossenschaft). Der Berufsgenossenschaft sind die ihr dadurch entstehenden Kosten zu erstatten. Die Kosten können auch anteilmäßig oder nach einem Pauschbetrage bemessen werden. Sie werden unter Ausschluß des Rechtswegs durch das Reichsversicherungsamt festgesetzt.

Die Bestimmungen des Vorstandes der Tiefbau-Berufsgenossenschaft über die Übertragung von Aufgaben auf den Geschäftsführer (§ 703 der RVO.) gelten auch für die Aufgaben der Ausführungsbehörde.

5. Für die Vermögensverwaltung gelten die §§ 25 bis 29, 717 bis 721 der RVO. entsprechend.

6. Tritt in den von deutschen Truppen besetzten ausländischen Gebieten ein Unfall bei Arbeiten im Sinne des § 1 ein, deren Unternehmer das Reich ist, so hat die örtliche Verwaltungsbehörde (Dienststelle), in deren Dienste sich der Unfall ereignet hat, die Unfallanzeige dem Vorstand als der Ausführungsbehörde zu erstatten.

Tritt in den bezeichneten Gebieten ein Unfall bei anderen unter § 1 fallenden Arbeiten ein, so hat der Unternehmer oder der Betriebsleiter die Unfallanzeige

a) der örtlichen Verwaltungsbehörde (Dienststelle), in deren Bezirke sich der Unfall ereignet hat,

b) dem Vorstand als der Ausführungsbehörde zu erstatten (§§ 1552, 1554 der RVO.). Der Generalquartiermeister bestimmt, welche örtlichen Verwaltungsbehörden (Dienststellen) hierfür zuständig sind.

Die örtliche Verwaltungsbehörde (Dienststelle) hat die Unfälle zu untersuchen und die abgeschlossenen Verhandlungen dem Vorstand als der Ausführungsbehörde zu übersenden.

Tritt in ausländischen Gebieten, die nicht von deutschen Truppen besetzt sind, ein Unfall bei Arbeiten im Sinne des § 1 ein, so hat der Unternehmer oder der Betriebsleiter die Unfallanzeige dem Vorstand als der Ausführungsbehörde zu erstatten. Dieser hat den Tatbestand in geeigneter Weise aufzuklären.

Für die Unfallanzeigen ist das vom Reichsversicherungsamt oder das vom Kriegsministerium (Kriegsamt) aufgestellte Muster zu verwenden.

7. Für die Feststellung der Entschädigungen gilt § 45 der Satzung der Tiefbau-Berufsgenossenschaft entsprechend.

8. Bestehen Zweifel, ob die Entschädigung für einen Unfall von dem Reiche oder von der Tiefbau-Berufsgenossenschaft zu gewähren ist, so hat der Vorstand dem Berechtigten eine vorläufige Fürsorge zuzuwenden und die Sache dem Reichsversicherungsamte vorzulegen. Dieses entscheidet durch einen Spruchsenat ohne mündliche Verhandlung darüber, welcher Versicherungsträger entschädigungspflichtig ist. In gleicher Weise kann das Reichsversicherungsamt auch jederzeit von Amts wegen nach Anhörung des Vorstandes darüber entscheiden, welcher von beiden Versicherungsträgern für einen Unfall einzutreten hat, auch wenn die Entschädigungspflicht gegenüber dem Berechtigten bereits rechtskräftig festgestellt ist. Die abweichende Feststellung ist aufzuheben.

9. Der Vorstand hat alljährlich spätestens im März dem Reichsversicherungsamt über die Verwaltung des letzten Jahres zu berichten und über die Vermögensverwaltung Rechnung zu legen. Hierbei hat er eine Übersicht über das am Schlusse des Jahres vorhandene Vermögen aufzustellen. Das Reichsversicherungsamt erteilt ihm Entlastung.

10. Das Reichsversicherungsamt kann — unbeschadet der Befugnis des Reichskanzlers — weitere Bestimmungen zur Durchführung der Unfallversicherung (§ 10 Abs. 2 Nr. 2, § 19 der Verordnung vom 24. Februar 1917) erlassen.

§ 7. Die Zivil- und Militärbehörden haben den Vorstand der Tiefbau-Berufsgenossenschaft bei der Durchführung der ihm als Ausführungsbehörde obliegenden Aufgaben zu unterstützen.

D. Schlußbestimmung.

§ 8. Diese Bekanntmachung tritt mit ihrer Verkündung in Kraft, und zwar die §§ 3 und 4 Abs. 1 mit Wirkung vom 6. Dezember 1916. Der Vorstand der Tiefbau-Berufsgenossenschaft hat die dem Reiche als Versicherungsträger obliegenden Aufgaben rückwirkend zum 6. Dezember 1916 zu erfüllen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der gegenwärtige Stand der Kassenvereinigungen und Kassenverbände.

Die Reichsversicherungsordnung hat die Entwicklung von Krankenkassenverbindungen begünstigt und auch hierdurch eine gewisse Zentralisation gefördert. Rechte und Obliegenheiten der Verbindungen sind näher bestimmt und ausgestaltet worden. Das Gesetz unterscheidet zwei Arten solcher Verbindungen: 1. Kassenverbände im eigentlichen Sinne, die gleich den Kassen selbst öffentlich-rechtlicher Natur sind und der behördlichen Beaufsichtigung unterliegen, 2. Kassenvereinigungen anderer Art, die den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen und an räumliche Grenzen nicht gebunden sind.

Die „Kassenverbände" haben ihre Regelung in §§ 406 bis 413 RVO. gefunden. Hiernach können sich die Krankenkassen durch übereinstimmenden Beschluß ihrer Ausschüsse zu einem Kassenverband vereinigen, wenn sie ihren Sitz im Bezirk desselben Versicherungsamts haben. Mit Genehmigung des Oberversicherungsamts kann sich ein Kassenverband auch über die Bezirke oder Bezirksteile mehrerer Versicherungsämter erstrecken. Das Tätigkeitsgebiet der Kassenverbände ist ebenfalls erweitert worden. Eine der häufigsten Obliegenheiten ist der Abschluß von Verträgen mit Ärzten, Apothekern usw. Sie können aber auch „die Kranken nach einheitlichen Grundsätzen überwachen", einen Teil der Ausgaben für Unterstützungen auf gemeinsames Risiko übernehmen usw. Über die ganze Verwaltung der Kassenverbände trifft das Gesetz nähere Vorschriften.

Die Rechtslage der sogen. „freien" Kassenvereinigungen ist in der Reichsversicherungsordnung überhaupt erstmalig geregelt. Für solche Vereinigungen dürfen die einzelnen Kassen Geldmittel nur mit Zustimmung beider Gruppen (Arbeitgeber und Versicherte) im Kassenvorstand aufwenden. Rechtsfähigkeit können sie nur durch Eintragung in das Vereinsregister nach § 21 BGB. verlangen. Über die Aufgaben der Vereinigungen sagt das Gesetz auch nicht viel. Der § 414 RVO. sieht nur vor, daß zur Übernahme einzelner der im § 407 genannten Obliegenheiten die Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde notwendig ist. Die Angelegenheiten, die sich zur Durchführung für die großen Kassenvereinigungen eignen, lassen sich aber meist so erledigen, daß eine Genehmigung der Behörde nicht erforderlich ist. Für die Regelung verschiedener Fragen haben sich die Kassenvereinigungen geradezu als unentbehrlich erwiesen. Es sei nur an die tariflichen Vereinbarungen mit dem Zentralverband der Bureauangestellten (Sitz Berlin), das „Berliner Abkommen" mit den Ärzten usw. erinnert.

Die neuen gesetzlichen Bestimmungen und der „Zug der Zeit" haben zu einer lebhaften Entwicklung der Kassenverbindungen geführt. Es dürfte kaum noch eine Krankenkasse vorhanden sein, die nicht irgendeiner Kassenvereinigung angehört. Für den Zusammenschluß zu Kassenvereinigungen, welche eine ganz besondere Ausgestaltung erfahren haben, ist in erster Linie die „Richtung" maßgebend, der sie angehören. Die großen Vereinigungen, die sich als „Kassenverbände" bezeichnen, sind im Sinne des Gesetzes nicht Verbände, sondern freie Vereinigungen. Sie bilden den Schwerpunkt im Leben der Kassenverbindungen und zerfallen meist in Unterverbände und örtliche Kassenverbände. Eine Übersicht über Stand und Einrichtungen der Kassenverbindungen dürfte von Interesse sein.

A. Kassenvereinigungen.

I. Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen wurde vor rund 25 Jahren gegründet. Sein Sitz ist in Dresden. Er besitzt ein eigenes Organ „Die Ortskrankenkasse", eine Verlagsanstalt, eine Beratungsstelle für Heilwesen und eine Ausstellungsvereinigung der Ortskrankenkassen. Ende des Jahres 1916 waren dem Verbande 1063 Ortskrankenkassen mit 5 285 229 Mitgliedern angeschlossen. Hieraus ergibt sich, daß der Verband etwa 5/7 der ortskassenpflichtigen Versicherten vertritt. Die Unternehmungen des Verbandes hatten im Jahre 1916 eine Einnahme und Ausgabe von rund 195 000 M. Geschäftsführer ist Helmut Lehmann-Dresden. Dem Verbande gehören gegenwärtig 23 Unterverbände an, nämlich:

1. Provinzialverband westpreußischer Ortskrankenkassen, Sitz Danzig. Angeschlossen sind dem erst im Juli 1916 in Stettin gegründetem Verbande 27 Ortskrankenkassen mit 74 134 Mitgliedern.

2. Zentralkommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte, Sitz Berlin. Sie umfaßt 27 Ortskrankenkassen mit 818 385 Mitgliedern, 2 Landkrankenkassen mit 15 663 Mitgliedern, 27 Betriebskrankenkassen mit 51 963 Mitgliedern, 22 Innungskrankenkassen mit 30 185 Mitgliedern und 16 Ersatzkassen mit 18 358 Mitgliederns. Eigene Einrichtungen: 1. eine hydrotherapeutische, 2. eine medikomechanische Heilanstalt, 3. Verlag des Arzneiverordnungsbuches, 4. Herstellung und Versand der Arzneiverordnungsformulare für die angeschlossenen Kassen. Die Kommission veranstaltete im Jahre 1916 in verschiedenen Stadtteilen 26 hygienische Vorträge von Ärzten. Die Kommission kontrollierte im letztgenannten Jahr 96 Badeanstalten.

3. Freie Vereinigung der Krankenkassen der Provinz Brandenburg, Sitz Berlin. Es gehören ihr an 56 Ortskrankenkassen mit 883 403 Mitgliedern, 5 Betriebskrankenkassen mit 32 214 Mitgliedern, 9 Innungskrankenkassen mit 14 234 und 5 Ersatzkassen mit 1571 Mitgliedern.

4. Dem Provinzialverband schlesischer Ortskrankenkassen sind angeschlossen 79 Ortskrankenkassen mit 235 021 Mitgliedern. Der Verband (Sitz Breslau) unterhält eine Auskunftsstelle und traf mit den Apothekern Vereinbarungen.

5. Verband der Ortskrankenkassen im Bezirke der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt, Sitz Magdeburg. Angeschlossen sind 43 Ortskrankenkassen mit 207 309 Mitgliedern.

6. Verband von Ortskrankenkassen für die Provinz Schleswig-Holstein und das Fürstentum Lübeck, Sitz Neumünster. Es sind angeschlossen 48 Ortskrankenkassen mit 174 713 Mitgliedern.

7. Verband der Ortskrankenkassen im Bezirke der Landesversicherungsanstalt Hannover. Er umfaßt 67 Orts-

krankenkassen mit 191 721 Mitgliedern. Durch den Verband werden Revisionen von Krankenkassen vorgenommen. Weiter unterhält er eine Auskunftserteilung.

8. Verband von Ortskrankenkassen in Westfalen, Sitz Bielefeld. Angeschlossen sind 29 Ortskrankenkassen mit 93 560 Mitgliedern. Der Verband trat erst im Jahre 1916 ins Leben.

9. Verband von Ortskrankenkassen der Provinz Hessen-Nassau, er umfaßt 30 Ortskrankenkassen mit 282 730 Mitgliedern.

10. Die Vereinigung rheinischer Krankenkassen, Sitz Düsseldorf, umfaßt 53 Ortskrankenkassen, 1 Betriebskrankenkasse und 4 Innungskrankenkassen. Der Verbandsbezirk ist in 14 Obmännerbezirke eingeteilt. Es wurde die Anstellung eines hauptamtlich tätigen Geschäftsführers beschlossen.

11. Dem Landesverband bayerischer Ortskrankenkassen r. d. Rh., Sitz Nürnberg, gehören 32 Ortskrankenkassen mit 188 703 Mitgliedern an.

12. Die Freie Vereinigung pfälzischer Krankenkassen, Sitz Frankenthal, umfaßt 22 Ortskrankenkassen mit 93 645 Mitgliedern.

13. Verband von Ortskrankenkassen im Kgr. Sachsen. Er umfaßt 225 Ortskrankenkassen mit 849 726 Mitgliedern. Der Verband entfaltet eine ganz besonders rege Tätigkeit.

14. Freie Vereinigung badischer Krankenkassen. Sie umfaßt 61 Ortskrankenkassen mit 273 445 Mitgliedern, 43 Betriebskrankenkassen mit 47 205 Mitgliedern, 5 Innungskrankenkassen mit 2709 Mitgliedern. Sie pflegt ständig Verhandlungen mit den Ärzteorganisationen, Apothekern, der Regierung usw.

15. Krankenkassenverband für das Großherzogtum Hessen. Es sind angeschlossen 22 Ortskrankenkassen mit 145 000 Mitgliedern, 2 Betriebskrankenkassen mit 486 Mitgliedern, 1 Innungskrankenkasse mit 100 Mitgliedern. Mit den Ärzteorganisationen wird über Vertragsstreitigkeiten verhandelt. Der Verband betreibt die Abgabe von Heilmitteln, Verbandstoffen usw. an die angeschlossenen Kassen.

16. Freie Vereinigung mecklenburgischer Ortskrankenkassen. Sie umfaßt 42 Ortskrankenkassen mit 51 615 Mitgliedern. Ein Geschäftsführer erteilt Auskünfte an die angeschlossenen Kassen. Über alle wichtigen Fragen, namentlich die zahlreichen Kriegsverordnungen, werden die Kassenverwaltungen durch Rundschreiben unterrichtet.

17. Verband der Ortskrankenkassen Thüringens. Er umfaßt 85 Ortskrankenkassen mit 259 884 Mitgliedern. Mit dem Thüringer Apothekerverein ist eine Handverkaufsliste vereinbart, die von den thüringischen oberen Verwaltungsbehörden in Ausführung des § 376 RVO. veröffentlicht wurde. Der Verband erteilt durch den geschäftsführenden Vorsitzenden Auskünfte, stellt Mithilfe in Prozessen usw. und auf Wunsch Revisionen der Kassen.

18. Der Verband oldenburgischer Ortskrankenkassen umfaßt 15 Ortskrankenkassen mit 24 674 Mitgliedern.

19. Der Verband von Ortskrankenkassen im Herzogtum Braunschweig wurde erst am 10. September 1916 in Braunschweig gegründet. Es gehören ihm 6 Ortskrankenkassen mit 43 347 Mitgliedern an.

20. Dem Verband der Ortskrankenkassen im Wirtschaftsgebiet der Hansestädte gehören 30 Ortskrankenkassen mit 270 565 Mitgliedern an.

21. Verband der Ortskrankenkassen in Elsaß-Lothringen. Angeschlossen sind 26 Ortskrankenkassen mit 135 140 Mitgliedern. Der geschäftsführende Beamte des Verbandes nimmt auf Wunsch Kassenprüfungen vor. Mit den Apothekervereinen wurden Vereinbarungen getroffen.

22. Verband von Ortskrankenkassen der Provinz Pommern, gegründet am 20. Juli 1916 in Stettin. Angeschlossen sind bis jetzt 27 Ortskrankenkassen mit 74 134 Mitgliedern.

23. Ein Verband von Ortskrankenkassen in Ostpreußen wurde erst zu Beginn des Jahres 1917 gegründet.

II. Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen umfaßt nach seinem letzten Bericht 3297 Kassen. Davon sind 3225 Betriebskrankenkassen, 38 Knappschaftskassen und 34 Familienkassen. Die Verbandskassen zählen nach dem Durchschnitt von 1915 zusammen gegen 2,7 Mill. Versicherte. Der Verband umfaßt gegen 60 v. H. der Betriebskrankenkassen und einen noch höheren Anteil der in diesen überhaupt versicherten Personen. Der Verband hatte im Jahre 1916 eine Einnahme von 40 000 M und eine Ausgabe von 38 500 M. Der Verband gliedert sich in 18 Unterverbände und zwar:

1. Süddeutscher Betriebskrankenkassen-Schutzverband, Sitz Augsburg. Dieser besitzt in Bayern zehn Gruppen und zwar in Allgäu, Augsburg, Erlangen, Hof, München-Oberbayern, Nürnberg-Mittelfranken, Oberpfalz und Niederbayern, Pfalz, Unterfranken, Wunsiedel, in Württemberg acht Gruppen und zwar in Ebingen-Balingen, Eßlingen, Heilbronn, Nürtingen, Reutlingen, Rottweil, Stuttgart, Ulm, in Baden zwei Gruppen und zwar im südlichen Baden und im nördlichen Baden.

2. Verein von Betriebs- und Fabrikkrankenkassen in Braunschweig, Sitz Braunschweig, Wassertorstr. 8. Derselbe umfaßt 30 Kassen.

3. Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen im Unterwesergebiet, Sitz Bremen, Papenstr. 26. Er umfaßt 34 Kassen, darunter den Norddeutschen Lloyd, die Schiffswerft Thyssen usw.

4. Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen im Stadt- und Landkreis Kassel, Sitz Kassel. Er umfaßt 16 Kassen.

5. Verband der Betriebskrankenkassen zu Kottbus, Sitz Kottbus. Derselbe umfaßt 5 Kassen.

6. Verband rheinisch-westfälischer Betriebskrankenkassen, Sitz Essen, Altendorfer Str. 95. Er umfaßt 11 örtliche Vereinigungen und zwar in Bielefeld (für Stad und Land), Berg. Gladbach, Crefeld, Dortmund, Duisburg, Düsseldorf, Hagen (auch für die Umgegend), Iserlohn (auch für die Umgegend), Remscheid, Rheydt (und Umgegend), Solingen (und Umgegend). Außerdem gehören diesem Unterverband rund 300 einzelne Betriebskrankenkassen, 17 Knappschaftsvereine und 24 Familienkassen an.

7. Verband Thüringer Betriebskrankenkassen, Sitz Gera-Reuß. Ihm gehören

zwei örtliche Vereinigungen (in Gera und Pößneck) und rund 75 Einzelkassen an.

8. Verband der Betriebskrankenkassen von Sachsen-Anhalt, Sitz Halle a. S. Er umfaßt 45 Kassen, darunter den Halleschen Knappschaftsverein.

9. Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen im Unterelbebezirk, Sitz Hamburg. Er umfaßt 35 Kassen, darunter die Hamburg-Amerika-Linie, die Krupp-Germaniawerft usw.

10. Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen der Provinz Hannover und der angrenzenden Gebiete, Sitz Hannover. Er umfaßt 30 Kassen.

11. Verband der oberbadischen Betriebskrankenkassen, Sitz Lörrach. Er umfaßt 70 Kassen.

12. Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen der Südwestdeutschland, Sitz Mannheim, Akademiestraße 13. Ihm gehören etwa 320 Kassen an.

13. Lothringer Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen, Sitz Metz, Kaiser-Wilhelm-Ring 42. Er umfaßt rund 50 Kassen.

14. Südwestdeutscher Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen, Sitz Saarbrücken, Königin-Luisen-Straße 33. Ihm gehören etwa 45 Kassen an.

15, Niederschlesischer Betriebskrankenkassenverband, Sitz Hirschberg i. Schl.

16. Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen in der Provinz Pommern und den benachbarten Gebieten, Sitz Stettin, Kaiser-Wilhelm-Straße 69/70. Er umfaßt rund 50 Kassen.

17. Verband der Betriebskrankenkassen des oberschlesischen Industriebezirks, Sitz Tarnowitz. Er zerfällt in zwei Gruppen: eine für Betriebskrankenkassen und eine für Knappschaftsvereine.

18. Schutzverband der Betriebskrankenkassen im Kgr. Sachsen, Sitz Dresden, Christiansstraße 1. Er zerfällt in eine Ortsgruppe Schwarzenberg, Sitz Aue im Erzgeb., eine Vereinigung von Betriebskrankenkassen Dresdens und Umg., Sitz Dresden, Leipziger Straße 6, eine Ortsgruppe Leipzig und Umg., Sitz Leipzig, Pfaffendorferstr. 31, und eine Reihe von Einzelkassen.

III. Der Verband deutscher Landkrankenkassen hat seinen Sitz zur Zeit in Delitzsch. Nach seinem letzten Bericht sind ihm 10 Untervereinigungen angeschlossen und zwar: Bromberg, Posen, Schlesien, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Pommern, Mecklenburg, Schleswig-Holstein, Hannover und Kgr. Sachsen, welche 262 Kassen umfassen, außerdem sind dem Verbande 31 Einzelkassen angeschlossen. Über die Unterverbände ist näheres aus den Berichten nicht zu ersehen, auch nicht, wieviel Kassen ihnen jeweilig angehören und welche Einrichtungen sie besitzen. Die dem Verbande angeschlossenen 293 Kassen sollen nahezu 1½ Millionen Versicherte in sich vereinigen. Der Verband besitzt ein eigenes Organ „Mitteilungen des Allgemeinen Verbandes deutscher Landkrankenkassen". Der Verbandsbeitrag beträgt 1 ₰ pro Jahr und Mitglied für die Kassen der Untervereinigungen, 1½ ₰ pro Mitglied für Einzelkassen. Der Verband unterhält eine Rechtsauskunftsstelle. Nach dem letzten Jahresrechnungsabschluß betrugen die Einnahmen 16 207 ℳ, die Ausgaben 5618 ℳ. Der Verband hat auf seiner letzten Tagung in Berlin am 23. Mai 1916 u. a. einen Haftpflichtversicherungsvertrag mit dem Allgem. deutschen Versicherungsverein A.-G. in Stuttgart abgeschlossen, welcher die Vorsitzenden und Geschäftsführer der Kassen gegen Schadenersatzansprüche, begangen durch Rechtsirrtümer usw., bis zur Höhe von je 10 000 ℳ schützt.

Einer der kräftigsten Unterverbände dürfte der Brandenburgische Landkrankenkassenverband sein, der einen regelmäßigen gedruckten Jahresbericht durch seinen Sekretär herausgibt. Der Unterverband verfügt über 35 Landkrankenkassen mit 212 000 Mitgliedern. Der Sitz des Verbandes ist Perleberg. Die Berichte geben sehr interessante Darstellungen über die Entwicklung und Geschäftsführung der Landkrankenkassen.

IV. Der Verband deutscher Innungskrankenkassen hat seinen Sitz in Hannover, die Geschäftsführung wird in der Geschäftsstelle des Deutschen Handwerks- und Gewerbekammertages besorgt. Die Zahl der angeschlossenen Kassen ist in den letzten Jahren etwas zurückgegangen, im Jahre 1916 betrug sie 239. Über Unterverbände verfügt der Verband nicht, auch nicht über ein eigenes Verbandsorgan. Das „Deutsche Handwerksblatt", das amtliche Organ des Deutschen Handwerks- und Gewerbekammertages bringt die nötigen Verbandsmitteilungen in einer regelmäßigen Rubrik „Aus den Innungskrankenkassen". Es ist geplant, diese Mitteilungen in einer besonderen Beilage unterzubringen. Der Etat des Verbandes auf das Jahr 1917 schließt in Einnahme und Ausgabe mit 5125 ℳ. Die letzte Verbandsversammlung fand am 30. Oktober 1916 in Halle a. S. statt.

V. Der Gesamtverband deutscher Krankenkassen wurde im Jahre 1913 gegründet. Sein Sitz ist Essen. Die Gesamtzahl der ihm unmittelbar und durch Zugehörigkeit zu den Landesverbänden mittelbar angeschlossenen Krankenkassen hat sich in den letzten Jahren ständig vermehrt; im Jahre 1917 beträgt sie 568. Besitzt eigenes Organ, „Die Krankenkasse". Der Verbandsbeitrag beträgt ½ ₰ pro Jahr und Mitglied. Der Rechnungsabschluß auf das Jahr 1916 zeigt an Einnahme einschließlich des Kassenbestandes vom Vorjahr 36 001 ℳ. Der Kassenbestand für das Jahr 1917 beträgt 12 360 ℳ. Geschäftsführer des Verbandes ist der Reichstagsabgeordnete Becker. Dem Verbande gehören neun Unterverbände an, nämlich:

1. Verband badischer Krankenkassen. Er umfaßt 24 Ortskrankenkassen, 5 Betriebskrankenkassen und 2 Innungskrankenkassen. Der Verband besitzt eine Prüfungsstelle für die Geschäfts- und Kassenführung, die sich zum Teil auf die Prüfung der Jahresrechnung, zum größten Teil aber auf die gesamte Geschäfts- und Kassenführung am Sitze der betr. Kasse erstreckt. Die Geschäftsführer der einzelnen Kassen halten regelmäßige Zusammenkünfte ab.

2. Bayerischer Krankenkassenverband. Er umfaßt 112 Ortskrankenkassen, 32 Landkrankenkassen und 1 Betriebskrankenkasse. Der Verband erteilt den einzelnen Kassen Rat und Auskunft in Versicherungsangelegenheiten. Zur Prüfung der Apotheker- und Arztrechnungen sind besondere Einrichtungen getroffen. Im Jahre 1916 wurde ein „Krankenkassenbeamtenversorgungsverband" gegründet.

3. **Dem Provinzialverband Rheinprovinz deutscher Krankenkassen**, Sitz Aachen, gehören 166 Kassen, meist Ortskrankenkassen, an. Der Verband besitzt eine Prüfungsstelle für Heilwesen, begutachtet Arzt- und Arzneilieferungsverträge und stellt Vertretungen bei Streitfällen vor den Oberversicherungsämtern.

4. **Der Verband der Krankenkassen in der Provinz Sachsen und im Herzogtum Anhalt** umfaßt 21 Landkrankenkassen, 17 Ortskrankenkassen und 15 Betriebskrankenkassen mit zusammen 206 687 Mitgliedern. Zur Weiterbildung der Geschäftsführer der Krankenkassen finden regelmäßige Zusammenkünfte derselben statt. Ein Teil der Kassen gehört auch dem Allgemeinen Verbande deutscher Landkrankenkassen an. Der Verbandsbeitrag beträgt ½ ₰ pro Mitglied und Jahr, wozu noch der Beitrag für die Hauptverbände kommt.

5. **Der Verband schlesischer Krankenkassen** umfaßt 17 Ortskrankenkassen und 3 Betriebskrankenkassen, sein Sitz ist Breslau. Er erteilt Auskünfte in Arzt- und Apothekerangelegenheiten usw.

6. **Der Verband westfälischer Krankenkassen** umfaßt 88 Krankenkassen. Es finden regelmäßige Besprechungen der Geschäftsführer statt, auch ist eine Prüfung.stelle für die Buch- und Rechnungsführung der Krankenkassen eingerichtet.

7. **Der Provinzialverband Posen** umfaßt 21 Kassen, meist allgemeine Ortskrankenkassen. Die geschäftsführende Kasse ist die Allgemeine Ortskrankenkasse für die Stadt Posen. Der Verband wurde erst zu Beginn des Jahres 1917 gegründet.

8. **Der Verband der Krankenkassen in der Provinz Ostpreußen** umfaßt 15 allgemeine Ortskrankenkassen. Der Verband wurde erst im Jahre 1916 gegründet.

9. **Der Landesverband für die Provinz Westpreußen** ist erst zu Beginn des Jahres 1917 gegründet worden.

B. Kassenverbände.

Die Kassenverbände im gesetzlichen Sinne (§§ 406 ff. RVO.), die sich nur auf den Bezirk eines Versicherungsamts und benachbarte Bezirke erstrecken, haben sich durch Einführung der Reichsversicherungsordnung der Zahl nach vermindert, weil die Zusammenlegung der Kassen, zumal in vielen größeren Städten, den Verband überflüssig werden ließ. Immerhin bestehen noch eine Anzahl solcher Verbände. Ein Verzeichnis derselben besteht nicht. Die bekanntesten sind folgende:

Der Erste Krankenkassenverband in Breslau umfaßt 19 Ortskrankenkassen und 3 Betriebskrankenkassen mit zusammen rund 100 000 Mitgliedern. Der Verband führt gemeinsam die Krankenkontrolle durch, betreibt eine Erholungsstätte und eine Wasserheilanstalt.

Der Ortskrankenkassenverband Stuttgart umfaßt 3 Ortskrankenkassen mit zusammen 123 000 Mitgliedern. Er besitzt mehrere Erholungsheime, eine Zahnklinik und ein chemisches Laboratorium. Gemeinsam betrieben wird die Krankenaufsicht sowie der Wochen- und Krankenpflegedienst. Unter Leitung von 2 Oberschwestern und 5 Schwestern wurden durch 24 Pflegerinnen, 870 Wochen- und Krankenpflegen im Jahre 1916 ausgeübt.

Dem Krankenkassenverband in Köln gehören 4 Ortskrankenkassen, 35 Betriebskrankenkassen und 9 Innungskrankenkassen mit zusammen rund 160 000 Mitgliedern an. Der Verband besitzt eine „Ärztliche Vertrauenskommission“, die im Jahre 1916 zusammen 11 706 Vorgeladene untersuchte. Außerdem werden Drucksachen gemeinsam hergestellt usw.

Der Krankenkassenverband Karlsruhe umfaßt 5 Ortskrankenkassen. Sie besitzen gemeinsam ein Verwaltungsgebäude, ein Genesungsheim, eine einheitliche Krankenaufsicht usw. Die Verbandskassen zählen 28 000 Mitglieder.

In **Hamburg** wurde im Jahre 1916 ein den Vorschriften des § 406 RVO. entsprechender Verband gegründet. Er will nach seiner Satzung Verträge mit Ärzten usw. abschließen, Heilanstalten betreiben usw.

Über die Zentralkommission der Krankenkassen **Berlins** haben wir oben schon berichtet. Außerdem befinden sich noch in vielen anderen Städten und Kreisen Kassenverbände, die aber weniger wirtschaftliche Bedeutung haben, wie z. B. in **Waldenburg** in Schlesien, in der Amtshauptmannschaft **Chemnitz**, im Kreis **Glatz**, im sächsischen **Vogtland**, Amtsgerichtsbezirk **Rudolstadt**, **Bielefeld**, Kreis **Pinneberg**, Kreis **Jülich** usw.

Man sieht, die Kassenverbindungen sind schon außerordentlich vielgestaltig. Mit der weiteren Entwicklung der Krankenversicherung werden sie sich noch mehr befestigen und ihre Aufgaben und Einrichtungen eine noch größere Ausdehnung erfahren.

Krankenkassen-Zentrale in Bremen.

Die Entwicklung der Krankenversicherung drängt von selbst zu ihrer Zentralisierung. So ist es auch erklärlich, daß neuerdings Krankenkassenverbände in großer Zahl gegründet werden. Auch in den einzelnen Orten finden sich die Krankenkassen immer mehr zusammen, um gemeinsame Aufgaben auch gemeinsam zu erledigen. Gehen doch die Krankenkassen offenersichtlich schweren Zeiten entgegen. Man denke nur an die ungünstigen Versicherungswagnisse der Kriegsteilnehmer, an die durch die Ernährungsschwierigkeiten entstehenden Krankheitsgefahren, an die den Kassen durch die Kriegsgesetzgebung auferlegten Leistungen usw. Dazu kommen die schwierigen Verhältnisse auf dem Arzneimittelmarkt, die eine ungeheure Verteuerung fast aller Arzneimittel, Verbandstoffe, Gläser usw. mit sich brachten. Dank der hoch entwickelten deutschen chemischen Industrie stehen wir in dem Punkte immerhin noch besser als unsere Feinde. Soweit wir früher Arzneimittel aus dem Auslande bezogen, sind sie inzwischen durch einheimische Erzeugnisse ersetzt worden, so daß uns zur Zeit kein wichtiges Arzneimittel oder kein Ersatz für ein solches fehlt. Freilich sind die Preise gewaltig in die Höhe gegangen. Die Apotheken müssen häufig jeden geforderten Preis bezahlen, nur um Waren zu bekommen. Zum Teil ist die Erscheinung nicht recht erklärlich, z. B. daß die in Thüringen gebauten Pfefferminzblätter auf das zehnfache des früheren Preises und noch darüber hinaus gestiegen sind. Die Krankenkassen kommen deshalb jetzt mehr und mehr dazu, auf dem Gebiete des Heilmittelwesens rationell zu wirtschaften.

In Bremen ist eine „Krankenkassenzentrale“, eine Vereinigung fast sämtlicher Krankenkassen in Bremen und der benachbarten Gebiete gegründet worden, deren Hauptzweck sein soll:

1. Dauernde Einwirkung auf die Preisgestaltung der Arznei- und Heilmittel.

2. Im Einvernehmen mit den Vertretern der Ärzteschaft: Hinwirkung auf eine rationelle, gleichzeitig aber den Interessen der Kassenmitglieder Rechnung tragende Verordnungsweise. Während des

Krieges soll hierbei hauptsächlich auch auf eine Anpassung an die heutigen Verhältnisse auf dem Arzneimittelmarkt Rücksicht genommen werden.

Die Veranstaltung will nicht, wie etwa die Meinung aufkommen könnte, auf die Ärzte einwirken, den Kranken möglichst keine oder billige Heilmittel zu verschreiben. Ein solches Verfahren stünde nicht nur im Widerspruch mit den Aufgaben der Krankenversicherung, es würde auch aus rein wirtschaftlichen Gründen für die Kasse unzweckmäßig sein. Die Krankenkasse hat selbst großes Interesse daran, erkrankte Mitglieder so schnell als nur möglich wieder gesund und arbeitsfähig zu machen. Hierzu muß aber der Arzt in der Verordnung wissenschaftlich erprobter und anerkannter Mittel unbeschränkt sein. Bei der von der Zentrale angestrebten rationellen, d. h. einer auf wissenschaftlicher Grundlage beruhenden wirtschaftlichen Arzneiverordnung ist daher auch jedes wissenschaftlich anerkannte Mittel ohne Rücksicht auf den Preis zugelassen. Dagegen soll im allgemeinen jedes Mittel, das durch ein billigeres, aber vollkommen gleichwertiges ersetzt werden kann, ausgeschlossen sein. Bei einer Arznei hat man zu unterscheiden zwischen dem eigentlich wirksamen Bestandteil und Aufmachung, Geschmackszusätzen, Packung usw., welch letztere sämtlich nur Beiwerk sind und auf die tatsächliche Wirkung keinen Einfluß ausüben. Leider klammern sich die Kranken aber häufig an die äußere Beschaffenheit und Aufmachung der Arzneimittel, die in ihren Augen den Wert oder Unwert bestimmen. Der Kranke tritt daher nicht selten an den Arzt mit dem Wunsche nach diesem oder jenem Heilmittel heran. Der Kranke sollte aber, — mit diesem Aufruf tritt die Zentrale in Bremen an die Öffentlichkeit — in seinem eigensten Interesse nicht auf den Arzt dringen, ein bestimmtes von ihm — dem Kranken — gewünschtes Mittel zu verschreiben: je individueller die arzneiliche Behandlung, d. h. um so mehr für den einzelnen Fall zugeschnitten, um so besser für den Patienten.

Daneben will die Bremische Krankenkassen-Zentrale auch alle die Aufgaben pflegen, die den Kassenverbänden im § 407 RVO. zugedacht sind.

Die Vereinbarungen zur Durchführung der §§ 219, 220, 222 RVO.,

die wir im Jahrg. 1916 S. 835 mitgeteilt haben (zu vgl. auch die Begründung im Jahrg. 1917 S. 44 und die Bemängelung daselbst S. 89), ist auf Anregung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen beim Reichsversicherungsamt mit Zustimmung der anderen beteiligten Kassenverbände mit Wirkung vom 1. Januar 1918 geändert worden in zwei Punkten, die wir hiermit in der neuen Fassung mitteilen:

§ 4 Ziff. 1. Die Krankenkasse des Versicherten hat der aushelfenden Kasse die nachgewiesenen Kosten in voller Höhe zu ersetzen; können die Kosten der ärztlichen Behandlung nicht nachgewiesen werden, so sind dafür zwei Achtel des Grundlohns zu ersetzen. Die Kosten der übrigen Krankenpflege sind, wenn ihr Betrag nicht nachgewiesen werden kann, mit einem Achtel des Grundlohns zu ersetzen.

§ 4 Ziff. 5. Sind für die Krankenaufsicht, die, ohne Krankenhilfe, nach § 3 zu leisten ist, besondere Kosten, einschließlich Reisekosten, entstanden, so werden sie ersetzt. Können sie im einzelnen nicht nachgewiesen werden, so sind für jeden Besuch 50 ₰ zu ersetzen.

Die Krankenversicherung der Dienstboten in Hamburg.

In Hamburg besteht auf Grund des § 440 RVO. ein besonderes Krankenversicherungsgesetz für Dienstboten vom 23. Mai 1913 und eine besondere Krankenkasse für Dienstboten. Durch das Gesetz wurden nur alte Einrichtungen übernommen und rechtlich festgelegt. Die Leistungen der Kasse sind ungefähr dieselben, wie sie die Reichsversicherungsordnung vorsieht. Während bis zum Jahre 1911 die Kasse ihren Verpflichtungen nachkommen konnte, mußten in den folgenden Jahren immer in steigendem Maße der Rücklage Beträge entnommen werden, im Jahre 1913 z. B. 9699 ℳ, im Jahre 1914 43 241 ℳ, im Jahre 1915 79 865 ℳ und im Jahre 1916 144 785 ℳ. Für das Jahr 1917 ist mit einem Fehlbetrag von über 200 000 ℳ zu rechnen. Infolge des Krieges ist die Mitgliederzahl ständig zurückgegangen, nämlich von 33 151 im Jahre 1912 auf 28 900 im Jahre 1916 und 24 407 im Jahre 1917. Dagegen sind die Ausgaben etwa dieselben geblieben, teilweise haben sie stark zugenommen. Eine eigene Zahnklinik kostet jährlich rund 50 000 ℳ. Am 1. Januar 1914 wurde eine Ausdehnung der Verpflegungszeit von 26 auf 39 Wochen vorgenommen. Dazu kam die Erhöhung der Verpflegungskosten in den staatlichen Krankenhäusern von 2,50 auf 3 ℳ.

Im April 1917 hatte der Senat der Bürgerschaft einen Gesetzentwurf betr. Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes vorgelegt, in dem hauptsächlich eine Erhöhung des Kassenbeitrages von 1,60 ℳ monatlich auf 2,50 ℳ vorgeschlagen war. Die Bürgerschaft überwies den Entwurf einem Ausschuß, der jetzt berichtet. Auf Grund von Beratungen legt der Ausschuß einen völlig neuen Entwurf zum Dienstbotenkrankengesetz vor und beantragt, den Beitrag auf monatlich 3 ℳ (2 ℳ für die Herrschaft, 1 ℳ für die Dienstboten) zu erhöhen, wogegen das Krankengeld auf 1,50 ℳ für den Arbeitstag hinaufgesetzt werden soll. Der Ausschuß glaubt damit die Kasse in eine gesicherte finanzielle Lage gebracht zu haben.

In der Beratung durch den Ausschuß wurde darauf hingewiesen, daß es ungesetzlich und unsozial sei, die Krankenhausbehandlung zur Regelleistung zu machen. Die Dienstbotenkrankenkasse sei überhaupt zu kostspielig und zu wenig leistungsfähig, insbesondere wenn man berücksichtige, daß der Staat die gesamten Verwaltungskosten bestreite. Es müsse die Angliederung der Dienstbotenkrankenkasse an die Allgemeine Ortskrankenkasse erstrebt werden. Ein Mißstand des bisherigen Gesetzes sei auch das Fehlen eines geordneten Beschwerdeverfahrens. Von anderer Seite wurde das Fortbestehen der Dienstbotenkrankenkasse unter allen Umständen als notwendig bezeichnet. Eine Beteiligung der Dienstboten an der Selbstverwaltung der Ortskrankenkasse „trage nur die Werbetätigkeit in die Familien". Bei der Zulassung der freien Aufnahme in ein Krankenhaus müsse darauf geachtet werden, ob geeignete Unterkunft bei Angehörigen vorhanden sei. Der mißbräuchlichen Benutzung der Genesungsheime während der Reisezeit der Herrschaften müsse entgegengetreten werden. Von den Senatskommissaren wurde darauf hingewiesen, daß Hamburg die Dienstbotenversicherung zuerst eingeführt habe, sie sei deshalb auch als eine historisch gewordene Einrichtung, sodann auch im Interesse der Dienstboten selbst zu erhalten. Eine Klasseneinteilung der Versicherten empfehle sich nicht, weil der Hauptverdienst der Dienstboten in der Gewährung freien Unterhalts bestände, dem gegenüber die Lohnunterschiede nicht so wesentlich ins Gewicht fielen. Ein be-

sonderer Vorzug der Dienstbotenkrankenkasse sei, daß sie sich auch der wirtschaftlich schwachen Morgenfrauen usw. annehme.

Über das Fortbestehen der Krankenkasse hat der Ausschuß auswärtige Sachverständige vernommen, die die Meinung vertraten, daß nach Erhöhung der zu niedrigen Hamburger Beiträge sich auch die Kasse lebensfähig gestalten müsse. Die Mehrheit des Ausschusses wie auch die Senatskommissare vertraten die Auffassung, daß bei einer Vereinigung mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse, die infolge zu früher Erhöhung der Familienunterstützung mit Schwierigkeiten zu kämpfen habe, die Dienstboten sich verschlechtern würden. Bei der Abstimmung wurde dann der Antrag auf Aufhebung der Dienstbotenkrankenkasse mit 7 gegen 2 Stimmen abgelehnt.

Dieser Beschluß ergab die Notwendigkeit der vollkommenen Neugestaltung des Dienstbotenkrankengesetzes, in das die bereits erwähnten Bestimmungen hineingearbeitet sind. Außerdem wurde beschlossen, dem Staate 5 v. H. der vereinnahmten Beiträge als Zuschuß zu den Kosten der Verwaltung usw. zu bewilligen, endlich wird durch den Entwurf, der der Bürgerschaft zur Beschlußfassung zugegangen ist, auch ein geordnetes Beschwerdeverfahren eingeführt. Dadurch wird der bisher zulässig gewesene Rechtsweg ausgeschaltet. Es steht außer Zweifel, daß die Bürgerschaft die Vorlage in dieser Form annimmt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Bedeutung der Erhöhung der Obergrenzen des Grundlohns nach der Bek. v. 22. 11. 17 (ArbVers. 1917 S. 817).

1. Nach Iserlohn. Antwort: Nach § 180 Abs. 1 RVO. setzt die Satzung den durchschnittlichen Tagesentgelt „bis 5 *M* für den Arbeitstag fest", d. h. sie darf die obere Grenze auf nicht mehr, aber auch nicht auf weniger festsetzen. Macht sie von den Befugnissen aus Abs. 2 oder 4 Gebrauch, so kann sie entsprechend die obere Grenze auf 6 *M* festsetzen. Demgemäß hat auch die durch die Bek. v. 22. 11. 17 (ArbVers. 1917 Heft 36 S. 817) verordnete Erhöhung die Bedeutung, daß die obere Grenze jetzt im Falle des § 180 Abs. 1 auf 8 *M* festgesetzt werden muß, in den Fällen des Abs. 2 und Abs. 4 über diesen Betrag hinaus bis auf 10 *M* erhöht werden kann; weniger als 8 *M* darf auch in diesen Fällen der höchste Grundlohn nicht betragen.

Zahlung von Krankengeld an einen deutschen Kriegsgefangenen in England.

2. Nach Fallingbostel. Antwort: Daß der Anspruch auf Krankengeld nicht durch den Aufenthalt im feindlichen Ausland ausgeschlossen wird, haben wir im Jahrg. 1916 S. 215 Ziff. 8 ausgeführt. Von der Vorlegung eines Krankenscheines darf die Auszahlung nicht abhängig gemacht werden; die Arbeitsunfähigkeit des verwundeten Gefangenen kann durch andere geeignete Beweismittel nachgewiesen werden. Zu vgl. z. B. ArbVers. 1917 Heft 22 S. 525 Ziff. 5. Die Auszahlung wird durch die Deutsche Bank in Berlin vermittelt, unter Umrechnung von 25 *M* deutscher Währung auf 1 englisches Pfund. Die Kasse kann sich an einen beliebigen Bankier wenden, der sich dann mit der Deutschen Bank in Verbindung setzen wird.

Ablehnung der Aufnahme in die knappschaftliche Krankenkasse wegen Augenzitterns.

3. Nach Mülheim a. d. R. Antwort: Das uns übersandte Urteil des Knappschafts-Oberversicherungsamts Dortmund v. 27. 12. 17 (K 161/17) enthält nichts neues, sondern bestätigt nur das Festhalten dieser Behörde an der bedauerlichen Auffassung, daß auch Leuten, die in regelmäßiger Beschäftigung in einem knappschaftlichen Betriebe ihre Arbeitsfähigkeit hinreichend lange bewährt haben, die Aufnahme in die Kasse versagt werden kann, weil sie wegen eines körperlichen Übels für die Grubenarbeit untauglich sind. Wir verweisen auf die Entscheidungen in ArbVers. 1916 S. 893, 1917 S. 326 und auf unsere Bemerkungen hierzu. Die neue Entscheidung bewegt sich ganz in denselben formularmäßigen Wendungen wie in den früheren Fällen.

Unzulässige Herabsetzung einer Strafe aus § 530 RVO. durch das Versicherungsamt.

4. Nach Strehlen. Frage: Auf unseren Antrag verhängte das Versicherungsamt gegen einen Arbeitgeber für mehrere Übertretungen der Meldevorschriften schwerwiegender Art mit Beitragshinterziehungen (§ 533 RVO.) eine Geldstrafe nach § 530 RVO. von 250 *M*. Da außerdem wegen der Beitragszurückbehaltung ein gerichtliches Strafverfahren eingeleitet worden ist, wandte sich der Arbeitgeber an den Vorsitzenden des Versicherungsamts mit Entschuldigungen, welche den Erfolg hatten, daß das Versicherungsamt seine zuerst am 6. 9. 17 festgesetzte Strafe von 250 *M* am 11. 9. 17 auf 50 *M* ermäßigte. Eine eigentliche Beschwerde wegen der ersten Straffestsetzung beim Oberversicherungsamt war nicht eingelegt worden. Wir

meinen, daß die erste Straffestsetzung eine Entscheidung war, welche das Versicherungsamt nicht beliebig wieder ändern konnte, deren Änderung oder Aufhebung vielmehr der höheren Instanz, dem Oberversicherungsamt vorbehalten ist. Aus diesem Grunde halten wir auch die weitere Festsetzung des Versicherungsamts vom 11. 9. 17 als rechtsungültig. Da nun gegen die erste Entscheidung des Versicherungsamts innerhalb der vorgeschriebenen Frist Beschwerde beim OVA. nicht erhoben worden ist, ist diese u. E. rechtskräftig geworden. Wir haben allerdings gegen die zweite Verfügung des VA. auch keine Beschwerde beim OVA. eingelegt, so daß wir uns im Zweifel sind, was eigentlich hier das richtige ist. Welche Strafe sind wir nun berechtigt von dem Verurteilten einzuziehen?

Antwort: Wir teilen die Auffassung, daß das Versicherungsamt nicht befugt war, die erste Straffestsetzung abzuändern. Denn das Gesetz verweist im § 530 Abs. 4 mit §§ 128, 129, 1792 RVO. den Arbeitgeber auf das Rechtsmittel der Beschwerde beim Oberversicherungsamt als den allein zulässigen Weg, eine Änderung der Entscheidung zu erwirken, sieht durch die Vorschrift in § 130 die sofortige Vollstreckbarkeit der Entscheidung vor und verbürgt um so mehr der überhaupt nicht ordnungsmäßig angefochtenen und somit rechtskräftig gewordenen Entscheidung die Vollstreckung. Diese Rechtswirkung durfte also das Versicherungsamt nicht durch Abänderung der Straffestsetzung ausschließen oder einschränken. Allein auch diese Abänderung war eine Entscheidung des Versicherungsamts, nur eben eine unzulässige. Auch sie mußte daher rechtzeitig nach §§ 128, 1792 durch Beschwerde an das Oberversicherungsamt angefochten werden, wenn sie nicht in Rechtskraft übergehen sollte. Das RVA. erkennt der Kasse ein Beschwerderecht zu, wenn das Versicherungsamt die Bestrafung aus § 530 ablehnt (ArbVers. 1916 S. 369). Aus gleichen Erwägungen folgt, daß der Kasse die Beschwerde auch zustehen muß, wenn das Versicherungsamt seine Straffestsetzung mit Unrecht aufhebt oder herabsetzt. Die Kasse gilt eben als Beteiligte. Ihr mußte daher auch die Entscheidung ordnungsmäßig zugestellt werden. Ist dies unterblieben, so ist die Rechtsmittelfrist (§ 128) noch nicht in Lauf gesetzt und die Beschwerde noch jetzt zulässig. Ist aber eine ordnungsmäßige Zustellung an die Kasse erfolgt und die Rechtsmittelfrist unbenutzt verstrichen, so ist die Herabsetzung der Strafe rechtskräftig geworden.

Wochengeld neben Krankengeld?

5. Nach Karlsruhe (Baden). Frage: Unsere Kasse gewährte bis 30. 9. 17 Krankengeld in Höhe von ⅔ des Grundlohns auf 39 Wochen. Seit 1. 10. 17 werden nur die Regelleistungen, also Krankengeld nur in Höhe des halben Grundlohns auf 26 Wochen gewährt. Ein versicherungspflichtiges, seit 6. 3. 17 infolge von Krankheit arbeitsunfähiges Mitglied ist am 25. 10. 17 niedergekommen und hat vom 25. 10. 17 bis 20. 12. 17 an Stelle des Krankengeldes von ⅔ des Grundlohns das Wochengeld in Höhe des halben Grundlohns bezogen. Ist die Höhe des Wochengeldes richtig bemessen? Ist die Zeit des Wochengeldbezugs auf diejenige des Krankengeldbezugs anzurechnen oder ist bei Fortdauer der Arbeitsfähigkeit über den 20. 12. 17 hinaus das Krankengeld in der ursprünglichen Höhe, — ohne Anrechnung der Zeit vom 25. 10. bis 20. 12. 17 — z. F. bis 30. 1. 18 (d. i. bis zur Erreichung einer 39 wöchigen Dauer des Krankengeldbezugs) fortzugewähren?

Antwort: Das Wochengeld ist an sich richtig bemessen. Da die Niederkunft unter der Geltung der abgeänderten Satzung eintrat, ist diese für den Anspruch auf Wochengeld maßgebend. Dagegen ist das Verhältnis dieser Leistung zum Krankengelde nicht richtig beurteilt. Wenn § 195 Abs. 3 RVO. bestimmt, daß „neben Wochengeld“ Krankengeld nicht gewährt wird, so weist diese Fassung auf den Fall hin, daß während des Wochengeldbezuges Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit hinzutritt; dann wird nur das Wochengeld weitergezahlt und hierdurch das Krankengeld mit abgegolten. Gemäß der Absicht des Gesetzes, Doppelleistungen in Fällen solcher Art auszuschließen, muß man allerdings annehmen, daß der Satz des § 195 Abs. 3 auch in der Umkehrung gilt, daß also auch „neben Krankengeld“ Wochengeld nicht gewährt wird; das bedeutet dann aber auch, daß der vor der Niederkunft arbeitsunfähig erkrankten Wöchnerin das Krankengeld weiterzuzahlen ist und hierdurch das Wochengeld mit abgegolten wird, soweit es mit dem Krankengeldansprüche zusammentrifft (zu vgl. ArbVers. 1914 S. 696, letzter Abs.: Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 7 zu § 195). Da der Krankengeldanspruch im vorliegenden Falle unter der Herrschaft der alten Satzungsbestimmungen entstanden ist, sind diese für seine Höhe und Dauer maßgebend. Es ist also Krankengeld in Höhe von ⅔ des Grundlohns gegebenenfalls bis zum Ablauf der 39 Wochen weiterzugewähren und hierauf das Wochengeld anzurechnen, aber nur von der Niederkunft ab, nicht etwa schon für zwei Wochen vorher (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1915 S. 445).

Grenzen der Erstattungspflicht anderer Kassen bei der Kriegswochenhilfe.

6. Nach Löwenberg. Frage: Eine Landkrankenkasse gewährt gemäß § 4 der Bek. v. 3. 12. 1914 statt der baren Beihilfe nach § 3 Nr. 1 u. 3 freie Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie die erforderlichen Arzneien bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden. Auf Grund dieses Beschlusses wurde ein Dienstmädchen dieser Kasse wegen Schwangerschaftsbeschwerden und der sich daran anschließenden Entbindung für längere Zeit in ein Wöchnerinnenheim untergebracht. Die Kosten betragen insgesamt 259,80 M. Wir sind wegen der anteiligen Erstattung dieser Aufwendungen gemäß § 9 der Bek. v. 28. 1. 1915 nach dem Verhältnis der Mitgliedszeit mit zus. 176,12 M in Anspruch genommen und haben uns zur Erstattung derjenigen Kosten bereit erklärt, die entstanden wären, wenn das Mitglied zur Zeit der Niederkunft bei uns versichert gewesen wäre, nämlich: 25 M Entbindungskosten, 28,50 M satzungsmäßiges Wochengeld, 10 M Schwangerschaftsbeihilfe, 42,50 M Stillgeld; zus. 106 M. Die Erstattung des darüber hinaus geforderten Betrags von 70,12 M haben wir abgelehnt, weil wir nur die baren Beihilfen gemäß § 3 Abs. 1 u. 3, nicht aber Sachleistungen nach der Bundesratsverordnung vom 3. 12. 1914 gewähren und unsere Erstattungspflicht niemals weitergehen kann, als unsere eigene Leistungspflicht gereicht haben würde. Die leistungspflichtige Kasse bestreitet die Richtigkeit unserer Auffassung, mit dem Hinweis auf § 9 der Bek. v. 28. 1. 15, wonach der § 197 RVO. auch für alle übrigen Leistungen an Wochenhilfe gelte, welche die Kasse auf Grund der Bundesratsverordnung über die Kriegswochenhilfe

aus eigenen Mitteln geleistet habe. Da es den Kassen freigestellt ist, ob sie bare Beihilfen oder Sachleistungen gewähren wollen, so seien auch die Sachleistungen gewissermaßen Regelleistungen und ihre tatsächlichen Kosten seien der Erstattungsberechnung zugrunde zu legen. Welche Ansicht ist richtig?

Antwort: Die Auffassung der erstattungspflichtigen Kasse ist richtig. Was die leistungspflichtige Kasse dagegen vorbringt, trifft nur zu für die Feststellung desjenigen Gesamtbetrages, der auf die beteiligten Kassen nach Verhältnis der Mitgliedszeit umzulegen ist. Aber der hiernach auf eine erstattungspflichtige Kasse entfallende Anteil muß eine Kürzung dann erleiden, wenn er höher ist als der Gesamtbetrag, den diese Kasse aufzuwenden gehabt hätte, wenn die Wöchnerin im Zeitpunkt der Niederkunft ihr noch angehört hätte; denn die Erstattungspflicht einer Kasse kann nie weiter reichen als ihre eigene Leistungspflicht gegenüber der Wöchnerin gereicht haben würde (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 197 RVO.; RVA. 2146 Amtl. Nachr. 1916 S. 350). Die Leistungspflicht der einzelnen Kasse aber bestimmt sich nach den für sie geltenden besonderen Normen, also, sofern es sich um Wochenhilfe nach der RVO. handelt, nach der Satzung und sofern es sich um Kriegswochenhilfe handelt, nach den dafür maßgebenden Verordnungen und den etwa im Rahmen des § 4 der Bek. v. 3. 12. 14 gefaßten Vorstandsbeschlüssen. Fehlt es an einem solchen Beschlusse, Sachleistungen statt der baren Beihilfen zu gewähren, so beschränkt sich die Pflicht der Kasse lediglich auf die im § 3 der Bek., bezeichneten Leistungen und nur diese Barleistungen kommen daher in Betracht bei Berechnung desjenigen Betrages, den die Erstattungspflicht der Kasse nicht übersteigen kann.

Enthebung vom Amte des Kassenvorsitzenden auf seinen Antrag.

7. **Nach R.** Antwort: Daß der Vorsitzende des Kassenvorstandes auf seinen Antrag aus wichtigen Gründen von seinem Amt (als **Vorsitzender**) enthoben werden kann, ist zwar nicht unmittelbar aus § 24 Abs. 4 RVO., wohl aber aus dem Wahlrechte des Vorstandes (§ 328) in Verbindung mit der Erwägung herzuleiten, daß es zweckwidrig wäre, den Vorsitzenden gegen seinen Wunsch auf seinem wichtigen Posten festzuhalten, wenn der Vorstand, der ihn gewählt hat, sich überzeugt, daß die für die Wahl maßgebend gewesenen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

a) Bereicherungsanspruch der Kasse gegen den Armenverband? b) und c) Anwendung des § 126 RVO. auf Fristen, die nach Wochen bestimmt sind.

8. **Nach Berlin.** Antwort: a) Eine Krankenkasse, die irrtümlich über die satzungsmäßige Zeit hinaus Krankenhilfe gewährt hat, könnte einen vermeintlichen Ersatzanspruch gegen den Armenverband nur im ordentlichen Rechtswege verfolgen, da die RVO. ein Verfahren vor den Versicherungsbehörden für Fälle dieser Art nicht vorsieht, insbesondere keiner der im § 1540 RVO. bezeichneten Fälle zutrifft. Wir halten aber einen Ersatzanspruch überhaupt nicht für begründet, weil die Armenpflegepflicht nur ganz aushilfsweise eintritt und die Voraussetzung armenrechtlicher Hilfsbedürftigkeit fehlt, wenn der Kranke die Leistungen, deren er bedarf, tatsächlich, wenngleich ohne rechtlichen Grund, von einem anderen empfängt. In einem solchen Falle kann der andere, hier die Kasse, einen Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB.) nur gegen den Versicherten erheben, weil nur zwischen ihm und der Kasse sich die unmittelbare Vermögensverschiebung vollzogen hat, die der Bereicherungsanspruch voraussetzt (vgl. Entsch. d. Reichsger. in Zivils. 66 S. 80). Gegen den Armenverband ist ein solcher Anspruch nicht zu begründen (zu vgl. ArbVers. 1900 S. 150, 457 und 1910 S. 828; Hartmann, Preuß. VerwBl. 35 S. 613ff., auch 36 S. 581). Ein Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag kommt schon deshalb nicht in Frage, weil die Kasse nicht eine Pflicht des Armenverbandes, sondern nur ihre irrtümlich angenommene eigene Pflicht zu erfüllen beabsichtigt hat.

b) Für die Berechnung eines nach Monaten oder nach Jahren bestimmten Zeitraums, der nicht zusammenhängend zu verlaufen braucht, wird der Monat zu 30, das Jahr zu 365 Tagen gerechnet (§ 126 RVO.; § 191 BGB.). Dieser Vorschrift hat es bedurft, weil die Kalendermonate nicht sämtlich die gleiche Zahl von Tagen haben und weil das Schaltjahr einen Tag mehr hat als andere Jahre. Der Erwähnung eines nach Wochen bestimmten Zeitraums bedurfte es nicht, weil es sich von selbst versteht, daß sie immer nur zu 7 Tagen gerechnet werden können. Wir meinen, daß nur deshalb die Erwähnung der Wochen unterblieben ist, nicht aber deshalb, weil insoweit etwas anderes gelten sollte. Der Gedanke der Vorschrift ist, daß ein Zeitraum, der nicht zusammenhängend zu verlaufen braucht, aus Gründen der Zweckmäßigkeit einfach durch Vervielfältigung mit einer bestimmten Zahl zu berechnen ist. Die Anwendung anderer Berechnungsarten (§§ 124ff. RVO.; 187ff. BGB.) ist danach ausgeschlossen. Wir nehmen also an, daß der im § 1 Ziff. 2 der Bek. betr. Kriegswochenhilfe v. 3. 12. 14 erwähnte Zeitraum von „mindestens 26 Wochen" $26 \times 7 = 182$ Tage (nicht, wie die Kasse meint, 183 Tage) umfaßt, während die im § 195 Abs. 1 RVO. erwähnten „mindestens 6 Monate" nur 180 Tage umfassen.

c) Für die Berechnung der im § 214 Abs. 1 RVO. erwähnten „mindestens 26 Wochen" gilt entsprechend das zu b) Bemerkte. Der erwerbslos Ausgeschiedene muß, wenn er nicht unmittelbar vorher ununterbrochen mindestens 6 Wochen versichert war, in den letzten 12 Monaten mindestens 26 Wochen versichert gewesen sein, die nicht zusammenhängend zu verlaufen brauchen und daher nach § 126 RVO. 182 Tage umfassen müssen, an denen der Ausgeschiedene tatsächlich versichert war. Den Tag des Eintritts bei den einzelnen Beschäftigungsverhältnissen gemäß § 124 RVO. nicht mitzurechnen, wäre ganz ungerechtfertigt.

Beteiligung der Krankenkasse am Zahnersatzverfahren einer Versicherungsanstalt.

9. **Nach Heydekrug.** Antwort: Die Gewährung von Zahnersatzmitteln, insbesondere von künstlichen Gebissen, bezweckt oft die Verhütung künftiger Erkrankungen oder Krankheitsfolgen. Insoweit liegt sie außerhalb der Leistungspflicht der Krankenkassen. Der Regel nach aber wird sie veranlaßt durch eine bereits bestehende Krankheit, so daß mindestens die der Anfertigung des Zahnersatzmittels vorhergehende Mundbehandlung, das Ausziehen von Zähnen, Zahnwurzeln usw. eine von der und nicht selten gehört auch ein Zahnersatzmittel zu den Heilmitteln, die die Kasse zu gewähren verpflichtet ist. Darauf beruht es, daß die Kassen viel-

sich ihre Pflicht, zu den Kosten eines von der Versicherungsanstalt zum Zwecke des Zahnersatzes eingeleiteten Heilverfahrens beizutragen, an sich nicht ablehnen können und daß nur das Maß ihrer Beitragspflicht zweifelhaft ist. Eine genaue Abgrenzung und Feststellung dieses Maßes im Einzelfalle wird meist nicht möglich sein. Eben deshalb treffen Krankenkassen mit den Versicherungsanstalten allgemeine Vereinbarungen über diesen Punkt, und es ist den Kassen zu empfehlen, sich solchen Vereinbarungen anzuschließen (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 472, 643). Aber eine **Verpflichtung** der Kassen, über die durch § 182 RVO. bestimmten Grenzen ihrer Leistungspflicht hinaus sich mit Beiträgen an dem von einer Versicherungsanstalt zum Zwecke des Zahnersatzes eingeleiteten oder einzuleitenden Heilverfahrens zu beteiligen, besteht nicht. Zu vgl. Entsch. des sächs. Oberverwaltungsger. v. 19. 10. 07 bei Reger, Entsch. Bd. 29 S. 42.

Beitreibung der Kassenbeiträge durch die Gemeinde ohne vorhergehende Mahnung der Kasse.

10. Nach G. Antwort: Rückständige Beiträge werden nach § 28 RVO. wie Gemeindeabgaben beigetrieben. Rückständig sind aber Beiträge, wenn sie fällig geworden und vom Zahlungspflichtigen nicht gezahlt sind. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2 zu § 28.) Eine besondere Mahnung durch die Kasse ist hierzu nicht erforderlich. Dieser ist zwar durch § 28 Abs. 2 RVO. das Recht gegeben, dem Beitreibungsverfahren ein Mahnverfahren vorangehen zu lassen, die Verpflichtung dazu ist ihr aber nicht auferlegt. In Preußen soll freilich die Vollstreckungsbehörde — also die Gemeinde, nicht die Kasse — vor der Vollstreckung mahnen. Die Kasse braucht somit die Arbeitgeber nicht noch besonders zu mahnen, wenn diese die Beiträge nicht an den Boten zahlen.

Verjährung der Ansprüche der Krankenhäuser.

11. Nach Völklingen. Antwort: Unter Kassenleistungen in § 223 RVO. sind nur die in § 179 RVO. genannten Leistungen, also Kranken- und Wochenhilfe, sowie Sterbegeld zu verstehen. Nicht aber gehören zu ihnen die Kosten der im Auftrage der Kasse von einem Krankenhaus gewährten Krankenpflege. Darum finden auf die Ansprüche der Krankenhäuser die Verjährungsvorschriften des bürgerlichen Rechts Anwendung. Gemäß § 196 Ziff. 11 BGB., Bekanntmachungen vom 22. Dezember 1914, 4. November 1915, 26. Oktober 1916 und 22. November 1917 verjähren aber jene Ansprüche, sofern sie noch nicht am 22. Dezember 1914 verjährt waren, nicht vor Ende 1918 (ArbVers. 1917 S. 796). Sie sind also noch nicht verjährt, wenn sie aus den Jahren 1912 bis 1917 stammen.

Anrechnung von Krankengeld auf das Gehalt des Kassenangestellten.

12. Nach Gießen. Antwort: Aus unserer Auskunft im Heft 3 S. 60 Ziff. 4 folgt für Ihren Fall nichts, da die Bestimmung Ihrer Satzung ganz anders lautet, nämlich: „Den Angestellten ist bei Erkrankung das volle Gehalt für 6 Monate zu zahlen. Die Angestellten sind aber **trotz der Vorschrift des § 169 RVO.** bei der zuständigen **Krankenkasse**, soweit gesetzlich zulässig, zu versichern. Die **Gesamt**beiträge zahlt die Krankenkasse. Haben die Angestellten Anspruch auf Krankengeld, so wird dieses auf das Gehalt angerechnet." Die Fassung dieser Bestimmung bietet keinen Anhalt für ihre Einschränkung auf versicherungs**pflichtige** Angestellte. Daß sie sich auf Versicherungs**berechtigte** bezieht, ergibt sich besonders deutlich daraus, daß die Angestellten selbst dann, wenn sie nach § 169 RVO. versicherungsfrei sind, soweit zulässig (zu vgl. §§ 176, 310, 314 Abs. 2), zu versichern sind. Auch für diese muß also die Kasse die **Gesamt**beiträge entrichten, und sie muß daher dem Angestellten, der die Kosten der freiwilligen Krankenversicherung bisher selbst bestritten hat, die ausgelegten Beiträge erstatten. Anderseits muß er sich das Krankengeld auf das Gehalt anrechnen lassen. Zu vgl. übrigens ArbVers. 1911 S. 584.

Voraussetzung a) der Versicherungsfreiheit aus § 169 RVO., b) der Festsetzung von Strafbeiträgen aus § 531 RVO.

13. Nach Bretten. Antwort: a) Die Auffassung des Finanzamts ist unrichtig und steht im Widerspruch mit der Rechtsprechung, wonach die Versicherungsfreiheit auf Grund des § 169 RVO. voraussetzt, daß die dort bezeichneten Ansprüche auf Grund des gegenwärtigen Beschäftigungsverhältnisses bestehen (zu vgl. insbesondere Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 543).

b) Das Versicherungsamt ist nicht befugt, einen Arbeitgeber wegen Verletzung der Meldepflicht zu „verwarnen", und keinesfalls ist eine solche Verwarnung eine „Bestrafung", wie sie § 531 RVO für die Auferlegung von Strafbeiträgen voraussetzt.

Ansprüche gegen die Krankenkasse wegen Entbindung einer Versicherten im Krankenhause.

14. Nach Kolmar i. P. Antwort: Daß die Schwangerschaft der Wöchnerin schon vor ihrem Eintritt in die Krankenkasse bestanden hat, befreit die Kasse, der die Wöchnerin zur Zeit der Niederkunft angehört, nicht von der Pflicht zur Zahlung des Wochengeldes, wenn die Voraussetzungen des § 195 RVO. (§ 27 Ihrer Satzung) gegeben sind. Danach muß die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch gegen Krankheit versichert gewesen sein. Die Versicherung braucht nicht nur bei der leistungspflichtigen Kasse bestanden zu haben. Als Versicherung wird auch eine Zeit der Befreiung auf Grund des § 418 RVO. angerechnet (§ 419 Abs. 2). Wenn die Schwangere „auf Anordnung des Kassenarztes" zum Zwecke der Entbindung in das Krankenhaus gebracht worden ist, so scheint es, daß sie zugleich krank war. Die Entschließung, Krankenhauspflege oder Wöchnerinnenheimpflege zu gewähren, steht aber dem Kassenvorstande, nicht dem Kassenarzte zu (§§ 184, 196). Die Krankenhausverwaltung kann deshalb Ansprüche gegen die Kasse nur dann erheben, wenn die Aufnahme wegen Hilfsbedürftigkeit der Wöchnerin im Wege der **Armenpflege** erfolgt ist; und in diesem Falle kann Ersatz der Aufwendungen nur in den Grenzen der §§ 1531 ff. gefordert werden.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1201 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 1. März 1918 | Heft 7

Zur „Füllung der Rücklage“ bei Krankenkassen.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Ein Krankenkassenverband hat den Entwurf eines Schreibens an die Verbandskassen ausgearbeitet, der die Vorschriften über die Füllung der Rücklage behandelt und sie unzulänglich findet. Es wird darin u. a. ausgeführt:

Die Bestimmungen des Bundesrats über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen (Bek. v. 9. 10. 13, ZtrBl. f. d. Deutsche Reich S. 1009, ArbVers. 1913 S. 750) enthielten im Muster 2 nur einen Vordruck für die Rücklageberechnung ohne Erläuterungen. Danach sei dem Stande der Rücklage vom Vorjahr der Zu- und Abgang für das laufende Geschäftsjahr zuzuzählen bzw. abzurechnen. Was als Zugang und als Abgang zu rechnen sei, sei nicht gesagt. Es gebe im gleichen Geschäftsjahr nicht zugleich einen Zugang und einen Abgang. Es sei nicht richtig, wenn, wie es oft geschehe, die angelegten Kapitalien als Zugang, die abgehobenen als Abgang angesehen würden. Zu- und Abgang richte sich nicht in erster Linie nach Anlegung und Abhebung, sondern nach der Zu- oder Abnahme des Vermögens.

Als Zugang seien jedenfalls die im § 364 Abs. 1 RVO. bezeichneten Beträge anzusehen, deren Summe den Mindestbetrag darstelle, der alljährlich der Rücklage zugeführt werden müsse. Wenn die Kasse mehr erübrige, könne sie einen höheren Betrag der Rücklage zuführen; hierzu sei aber ein Vorstandsbeschluß erforderlich. Außerdem könnten Fälle außerordentlichen Zugangs eintreten. So sei, „wenn eine aufgelöste Kasse mit einer anderen vereinigt wird“, die Rücklage der aufgelösten Kasse derjenigen der aufnehmenden zuzuschlagen.

Habe eine Kasse in einem Jahr einen höheren als den im § 364 RVO. vorgeschriebenen Betrag der Rücklage überwiesen, so sei eine Anrechnung des Mehrbetrags auf frühere oder spätere Jahre nicht zulässig. Das Soll des Zugangs zur Rücklage sei eben alljährlich nach den gesetzlichen Vorschriften zu berechnen.

Diese Darlegungen haben Bedenken erregt; in einigen Punkten mit Recht.

Die „Füllung der Rücklage“ ist im § 363 RVO. als einer der Zwecke bezeichnet, zu denen allein die Mittel der Kasse verwendet werden dürfen. Die Fassung dieser Vorschrift ist nicht genau. Denn „verwendet“ im eigentlichen Sinne, d. h. verausgabt dürfen die Kassenmittel nur werden zu den satzungsmäßigen Leistungen, zu den Verwaltungskosten und für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung, sowie nach näherer Vorschrift des Abs. 2 für den Besuch von Versammlungen. Ausschließlich diesen Zwecken dient das Kassenvermögen überhaupt, also auch die Rücklage. Sie soll nur ein besonderer, in Fällen außerordentlichen Bedarfs, z. B. bei Seuchen, bei unvorhergesehenen Vermögenseinbußen (etwa durch Brand, Diebstahl) oder in Kriegszeiten, sofort verfügbarer Bestand sein. Seine Ansammlung ist also nicht eigentlich eine „Verwendung“, sondern nur eine Bereitstellung von Kassenmitteln. Hierüber bestimmt § 364 Näheres: „Die Kasse sammelt eine Rücklage mindestens im Betrage der Jahresausgabe je nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre und erhält sie auf dieser Höhe. Sie benutzt hierbei die Beitragsteile, welche Arbeitgeber ihr für Mitglieder von Ersatzkassen zahlen (§ 517 Abs. 2), und mindestens ein Zwanzigstel des Jahresbetrags der übrigen Kassenbeiträge.“ Reichen die Einnahmen der Kasse hierzu nicht aus, so müssen durch Satzungsänderung die Leistungen gemindert oder die Beiträge erhöht werden (§ 387). Anderseits soll die Rücklage keinesfalls das Doppelte des bezeich-

ueten Mindestbetrags übersteigen, und es müssen, um eine solche unfruchtbare Kapitalansammlung zu vermeiden, nötigenfalls die Beträge ermäßigt oder die Leistungen erhöht werden (§ 392).

Auf die Befolgung dieser Vorschriften hat das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde zu achten (§ 30), und es kann zu diesem Zwecke „jederzeit“ die Geschäfts- und Rechnungsführung der Kasse prüfen (§ 31). Daraus folgt von selbst, daß die Kasse ihre Rechnungsführung so einrichten muß, daß das Versicherungsamt sich jederzeit auch von der Befolgung der Vorschriften über die Sammlung der Rücklage überzeugen kann. Was der Kasse in dieser Richtung zu tun obliegt, ergibt sich hinreichend aus der erwähnten Bekanntmachung v. 9. 10. 13. Danach ist insbesondere die Vermögensnachweisung für jedes Geschäftsjahr neu aufzustellen, und zwar so, daß sie den Bestand und seine Zusammensetzung am Schlusse des Vorjahrs, die im Geschäftsjahr durch Zu- und Abgang eingetretenen Veränderungen und den Zeitpunkt dieser Veränderungen erkennen läßt (§§ 20, 21). Das bezieht sich auf das gesamte Vermögen der Kasse, also auch auf die Rücklage. Wenn weiterhin (§ 26) vorgeschrieben ist, daß die Höhe der Rücklage nachzuweisen ist, so ist das aus den erwähnten allgemeinen Vorschriften dahin zu ergänzen, daß auch bezüglich ihrer der Bestand am Schlusse des Vorjahres nebst dem Zu- und Abgang im Geschäftsjahr anzugeben ist, woraus sich dann ohne weiteres der Bestand am Schlusse des Geschäftsjahrs, also „die Höhe der Rücklage“ ergibt. Dem entspricht auch das der Bekanntmachung angefügte Muster der Vermögensnachweisung, dessen Ziffer III überschrieben ist: „Bewegung und Nachprüfung der Rücklage (§ 364).“ Dieses Muster sieht ausdrücklich die Angabe sowohl von Zugängen wie von Abgängen im Geschäftsjahr vor. Es ist daher nicht richtig, wenn in dem im Eingang erwähnten Schreiben bemerkt wird, daß es im gleichen Geschäftsjahr nicht zugleich einen Zugang und Abgang (bei der Rücklage) gebe. Die „Bewegung“ der Rücklage besteht eben in den Zu- und Abgängen. Die Veränderungen also, die in der einen und anderen Richtung im Laufe des Jahres eingetreten sind, also Zugang auf der einen und Abgang auf der anderen Seite, müssen nachgewiesen werden, nicht bloß Zugang oder Abgang als Schlußergebnis der Veränderungen. Dem hat sich auch die Buchführung der Kasse anzupassen, wenn für die Aufsichtsbehörde „jederzeit“ die Möglichkeit gegeben sein soll, die Befolgung der gesetzlichen Vorschriften nachzuprüfen.

Dagegen ist die Ausführung in dem Schreiben, daß Zu- und Abgang bei der Rücklage sich nicht nach der Anlegung und Abhebung bestimmter Kapitalien, sondern nach der Zu- oder Abnahme des Kassenvermögens überhaupt bestimmen, als richtig anzuerkennen, sofern sich diese Bemerkung, wie ich annehme, auf Zu- und Abgang im Endergebnis bezieht. Nach § 24 der Bekanntmachung sind „besonders nachzuweisen“ die nach den §§ 294, 295 etwa vorhandenen Sondervermögen sowie die nach § 477 Abs. 2 in Verwahrung der Kasse befindlichen Zuschüsse. In diesen Fällen handelt es sich aber um fremdes Vermögen, das sich nur im Gewahrsam der Kasse befindet (zu vgl. das erwähnte Muster unter Ziff. II) und daher von ihr nicht nur besonders nachzuweisen, sondern auch besonders — d. h. unterscheidbar von dem eigenen Vermögen der Kasse — zu verwalten ist. Dergleichen ist für die Rücklage weder vorgeschrieben, noch aus ihrer Natur zu folgern. Denn sie ist nichts anderes als ein für gewisse Fälle bereitzuhaltender Teil des allgemeinen Kassenvermögens. Der Kasse ist es natürlich unbenommen und im allgemeinen zu empfehlen, die besondere Zweckbestimmung dieses Vermögensteils auch dadurch zu kennzeichnen, daß sie ihn von dem übrigen Vermögen, von den zur Bestreitung der laufenden Ausgaben erforderlichen Beständen getrennt hält und besonders verwaltet, insbesondere bestimmte Kapitalsanlagen für die Rücklage bestimmt; aber ge-

boten ist das nicht, vielmehr ist dem Gesetze genügt, wenn die Rücklage nur rechnerisch, rein buchmäßig besonders nachgewiesen und ein mindestens dem buchmäßigen Betrage der Rücklage entsprechender Bestand über den Betriebsbedarf hinaus bereit gehalten wird. Zu- und Abgänge an bestimmten Kapitalsanlagen berühren daher in der Tat nicht ohne weiteres den Bestand der Rücklage. Ob diese einen bestimmten Betrag tatsächlich erreicht, ob insbesondere der buchmäßig nachgewiesene Sollbetrag der Rücklage gedeckt ist, ob sie gegenüber dem Bestande am Schlusse des Vorjahrs einen Zugang oder einen Abgang aufweist — dies ist nur festzustellen, indem man das gesamte Kassenvermögen in Betracht zieht und davon den nach dem Voranschlag zur Bestreitung der ordentlichen Ausgaben voraussichtlich erforderlichen Bedarf abrechnet.*)

Dies bezieht sich auf den tatsächlichen Bestand, auf das wirkliche Vorhandensein einer Rücklage, also eines über den ordentlichen Bedarf hinausreichenden, zur Bestreitung etwaigen außerordentlichen Bedarfs bereiten Kapitals. Buchmäßig dagegen sind, wie oben ausgeführt, die einzelnen Zugänge zu diesem Kapital und die einzelnen Abgänge nebst dem Zeitpunkt dieser Veränderungen ersichtlich zu machen. Was dabei als Zugang in Betracht kommt, ergibt sich aus dem oben angeführten § 364 Abs. 1 RVO. Es sind danach drei Fälle zu unterscheiden:

*) Zum Vergleich sei auf die eine andere Beurteilung fordernden besonderen Vorschriften über die Rücklage bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften hingewiesen (§§ 741—747). Dort dient die Rücklage als Sicherheit für die auf den Berufsgenossenschaften haftenden Unfallasten und wird demgemäß aus Zuschlägen zu den Entschädigungsbeträgen, die von der einzelnen Berufsgenossenschaft aufzubringen sind, gebildet (§ 742 Abs. 1, § 747). Auch die Zinsen fließen der Rücklage zu, müssen also für sie besonders berechnet werden (§ 742 Abs. 3; vgl. § 744). Im § 745 ist von den „Wertpapieren der Rücklage“ die Rede; es ist also eine gesonderte Anlegung dieses Vermögenteils vorausgesetzt. Er muß deshalb nicht bloß buchmäßig nachweisbar, sondern auch äußerlich von dem übrigen Vermögen unterscheidbar sein und als ein abgesonderter Bestand verwaltet werden. Zu vgl. Handb. der UnfVers. Bd. I S. 388, 389, Anm. 3 ff. zu § 34 GewUnfGes.

1. Unter allen Umständen sind der Rücklage die Beitragsteile zuzuführen, welche Arbeitgeber an die Kasse für Mitglieder von Ersatzkassen zahlen (§ 517 Abs. 2). Diese Beträge fließen der Rücklage gewissermaßen automatisch zu; aber selbstverständlich kann nicht gefordert werden, daß die Kasse jeden einzelnen Eingang dieser Art sofort als Zugang zur Rücklage bucht, sondern sie wird den Gesamtbetrag dieser Beitragsteile am Schlusse des Geschäftsjahrs ermitteln und zugleich mit dem Bruchteile der übrigen Beiträge (wovon nachstehend unter 2. die Rede ist) als Zugang buchen.

2. „Mindestens“ $^1/_{20}$ des Jahresbetrags der übrigen Kassenbeiträge ist gleichfalls der Rücklage zuzuführen. Da der Jahresbetrag erst am Schlusse des Jahres festgestellt werden kann, so ist ohne weiteres klar, daß als Zeitpunkt für diesen Zugang zur Rücklage immer der Schluß des Geschäftsjahrs anzusehen ist. Wenn in dem Schreiben des Kassenverbandes bemerkt ist, daß es eines Vorstandsbeschlusses bedarf, wenn ein höherer Betrag der Rücklage zugeführt werden soll, so ist das gewiß richtig; aber ein solcher Beschluß ist hier in jedem Fall, also auch dann erforderlich, wenn es bei dem Mindestbetrage von $^1/_{20}$ verbleiben soll. Denn der Beamte, der die Vermögensnachweisung aufzustellen hat, kann nicht selbst darüber befinden, ob nur $^1/_{20}$ oder mehr der Rücklage zugeschrieben werden soll, sondern er bedarf einer Weisung des Vorstandes, weil es sich hierbei um einen wichtigen Akt der Kassenverwaltung handelt (§ 342 RVO.).

3. Das Wort „mindestens“ im zweiten Satze des § 364 Abs. 1 gibt dem Kassenvorstande freies Ermessen, auch andere verfügbare Bestände als einen Teil des Jahresbetrags der Beiträge zur Füllung der Rücklage zu benutzen und schon vor dem Jahresabschluß einen dahingehenden Beschluß zu fassen. Das kann z. B. vorkommen und angezeigt erscheinen, wenn schon im Laufe des Jahres sich zweifelsfrei herausstellt, daß der Voranschlag der Ausgaben wesentlich zu hoch gegriffen war oder wenn der Kasse un-

vorhergesehen hohe Beträge aus Ersatzansprüchen oder Strafen zugeflossen sind. Dann kann der Vorstand beschließen, daß der für den ordnungsmäßigen Betrieb der Kassenverwaltung entbehrlich erscheinende Betrag alsbald der Rücklage zuzuschlagen ist, und dann bezeichnet dieser Beschluß den Zeitpunkt des Zugangs. Selbstverständlich kann diese außerordentliche Zuweisung auch vorbehaltlich der Anrechnung auf den gesetzlichen Mindestbetrag der nach § 364 zur Rücklage fließenden Beträge erfolgen, und ich würde einen solchen Vorbehalt sogar unterstellen, auch wenn er nicht ausdrücklich ausgesprochen ist. Entsprechend würde zu verfahren sein, wenn der Kasse infolge einer Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Kassen Vermögen überwiesen wird (§ 294 Abs. 1, § 303 Abs. 1). Daß die Rücklage einer aufgelösten — und ebenso einer geschlossenen oder durch Vereinigung aufgenommenen — Kasse schlechthin der Rücklage der aufnehmenden zugeschlagen werden müsse, ist nicht richtig. Daß der überwiesene Vermögensrest bei der eingegangenen Kasse die Zweckbestimmung einer Rücklage gehabt hat, gibt ihm nicht den gleichen Charakter bei der erwerbenden Kasse, da bei jeder Kasse der ordentliche Betriebsbedarf und die Höhe der für außerordentlichen Bedarf bereit zu haltenden Rücklage sich nach ihren besonderen Verhältnissen bestimmen.**)

Die Vorschriften des zweiten Satzes des § 364 Abs. 1 über die „mindestens" der Rücklage zuzuführenden Beträge sind zwingender Natur, aber ihre Geltung ist beschränkt durch den ersten Satz des § 364 Abs. 1, der die Kasse nur zur Sammlung eines gewissen Mindestbetrages verpflichtet. Dieser Betrag ist veränderlich und alljährlich nach dem Durchschnitt der Jahresausgabe der letzten drei Jahre zu ermitteln. Nur soweit der ermittelte Betrag durch den Bestand der Rücklage nicht gedeckt ist, reicht die Pflicht der Kasse, mindestens die vorgeschriebenen Zuführungen zur Rücklage zu bewirken, aber in dieser Begrenzung ist die Pflicht eine zwingende, alljährlich sich erneuernde. Daher ist es richtig, daß die Kasse die gebotene Überweisung an die Rücklage nicht deshalb unterlassen oder beschränken darf, weil sie in einem Vorjahre mehr als die vorgeschriebenen Beitragsteile zur Rücklage gebracht hat. Kann die Kasse in einem Jahre den zur Füllung der Rücklage erforderlichen Betrag nicht erübrigen, so ist die Minderung der Kassenleistungen oder die Erhöhung der Beiträge nach § 387 (oder auch eine Verbindung beider Maßnahmen) zu erwägen. Dabei ist aber zu beachten, daß eine solche Maßnahme die Unzulänglichkeit der satzungsmäßigen Einnahmen der Kasse zur Deckung ihrer satzungsmäßigen Ausgaben voraussetzt und daß eine solche Unzulänglichkeit nicht schon angenommen werden kann, wenn die Füllung der Rücklage einmal infolge außerordentlicher, vorübergehender Umstände unmöglich war. Das Vorgehen nach § 387 ist nur dann geboten, wenn jene Unzulänglichkeit ersichtlich eine dauernde ist, insbesondere in der unzureichenden Höhe der Beiträge oder im Übermaß der satzungsmäßigen Leistungen ihre Ursache hat (zu vgl. Verordg. des sächs. Min. des Inn. v. 23. 5. 96 bei Reger 17 S. 43) und daher nicht erwartet werden kann, daß der Fehlbetrag durch höhere Zuführungen in den nächsten Jahren ausgeglichen werden wird (zu vgl. Spielhagen im ZtrBl. der Reichsvers. 1912 Sp. 5). Ist der gesetzliche Mindestbetrag der Rücklage erreicht oder überschritten, so wird die Sorge um ihre „Füllung" durch eine andere abgelöst, nämlich: daß sie nicht auf das Doppelte jenes Mindestbetrages anwachse; denn sobald dieser Stand erreicht ist, ist — umgekehrt wie im Falle des § 387 — eine Ermäßigung der Beiträge oder Er-

**) Auch hier kann wieder zum Vergleich auf Vorschriften für die Unfallversicherung hingewiesen werden, die eine andere Beurteilung gebieten. Aus §§ 644, 673 in Verbindung mit dem Zwecke der Rücklage (vgl. die vorige Anmerkung) ergibt sich, daß ein Vermögensteil, der auf eine andere Genossenschaft übergeht, soweit er der Rücklage entstammt, diese Eigenschaft auch bei der erwerbenden Genossenschaft behält (vgl. Bescheid des RVA. 1970, Amtl. Nachr. 1902 S. 183 und Moesle-Rabeling, Anm. 3 zu § 747).

höhung der Leistungen (oder auch die Verbindung beider Maßnahmen) nach § 392 zu erwägen. Auch in diesem Falle wird man zwar nicht gleich jede ersichtlich nur vorübergehende und geringfügige Überschreitung der Obergrenze zum Anlaß für eine Satzungsänderung im Sinne des § 392 nehmen müssen; aber anderseits wird darauf zu achten sein, daß der Zweck dieser Vorschrift, unnütze Kapitalsanhäufung zu vermeiden, nicht durch die Art der Kassen- und Rechnungsführung umgangen wird. Die Kasse darf nicht ihren Betriebsbedarf höher, als gerechtfertigt, veranschlagen, nur um den tatsächlich aller Voraussicht nach für die ordentlichen Ausgaben entbehrlichen Betrag nicht der Rücklage zuzuführen (zu vgl. Arb.-Vers. 1917 S. 47 Ziff. 5); sie kann angehalten werden, einen solchen freien Betrag der Rücklage hinzuzurechnen und, wenn diese danach das Doppelte ihres gesetzlichen Mindestbetrags erreicht, nach § 392 zu verfahren.

Wie soll das Krankengeld nach den Familienverhältnissen der Versicherten abgestuft werden?

Von Friedr. Kleeis in Halle a. S.

Den neueren bevölkerungspolitischen Bestrebungen, die Leistungen der Krankenversicherung, ganz besonders das Krankengeld, den sozialen und Familienverhältnissen der Kassenmitglieder anzupassen, trägt der § 3 der Bundesratsverordnung betr. Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, vom 22. November 1917 nunmehr Rechnung. Er gestattet, das Krankengeld nach den Familienverhältnissen abzustufen, weiter für die Mitgliederklassen Zuschläge zum Krankengeld zu gewähren, die in keinem bestimmten Verhältnis zum Grundlohn stehen, und schließlich das Wochengeld höher als das Krankengeld zu bemessen. Die Krankenkassen sollten nun nicht zögern, von diesen Möglichkeiten umfassenden Gebrauch zu machen. In der bisherigen ziemlich unterschiedslosen Bemessung des Krankengeldes liegt tatsächlich eine Härte, die durch die Kriegswirkungen unhaltbar geworden ist. Das soziale Empfinden, das eine Stärkung erfahren hat, muß hier die Kassenverwaltungen baldmöglichst zu Änderungen der Kassensatzungen veranlassen.

Wie sollen sie nun den erwähnten § 3 nutzbar machen? Bis jetzt haben nur ganz wenig Krankenkassen einschlägige Einrichtungen. Die Ortskrankenkasse Oberkassel erhielt bereits am 13. Mai 1917 eine hierher gehörende Änderung der Kassensatzung vom Oberversicherungsamt genehmigt. Sie trat am 19. Juli 1917 in Kraft. Sie trifft eine Erhöhung und Abstufung des Krankengeldes nach der Zahl der Kinder, welche mit dem Versicherten ständig in häuslicher Gemeinschaft leben und ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienste unterhalten werden. In Betracht kommen versicherungsfreie Kinder bis zur Entlassung aus der Volksschule oder bis zum 14. Jahre, ferner ältere Kinder, wenn sie gänzlich und dauernd erwerbsunfähig sind, sowie dauernd zur Familie gehörige Pflegekinder. Das erhöhte Krankengeld, welches bei Vorhandensein von 1 bis 3 Kindern 55 v. H. und bei Vorhandensein von 4 und mehr Kindern 60 v. H. des Grundlohns beträgt, ist eine Mehrleistung und wird erst nach einer Wartezeit von 26 Wochen gewährt. Sind keine Kinder der bezeichneten Art vorhanden, so wird natürlich das höhere Krankengeld auch dann nicht gezahlt, wenn diese Wartezeit zurückgelegt ist. Der Nachweis der zu unterhaltenden Kinder und ihres Alters kann durch Vorlegung des Familienbuches geführt wer-

den. — Die Ortskrankenkasse für das rechtsrheinische Düsseldorf beschloß die Erhöhung des Krankengeldes auf 60 v. H. des Grundlohnes für Mitglieder, die 4 und mehr Kinder zu erhalten haben. Weiter nahm sie eine Erhöhung des Hausgeldes auf 60 v. H. des Krankengeldes an solche Versicherte vor, die Ehefrau oder bis zu 2 Kindern, auf 70 v. H., die bis zu 4 Kindern, und auf 80 v. H., die 5 und mehr Kinder zu erhalten haben. Das Oberversicherungsamt erteilte seine Genehmigung am 7. März 1917 und die Neuerung trat bereits am 2. April 1917 in Kraft. Im Oktober 1917 beschäftigte sich auch die Ortskrankenkasse Wiesbaden mit dieser Frage und traf eine ähnliche Abstufung des Krankengeldes nach der Kinderzahl. Die Mehrbelastung wird auf 35 000 *M* geschätzt, die vorläufig der Rücklage entnommen werden sollen.

Wir wissen nicht, welche Erfahrungen inzwischen diese Kassen mit der Einrichtung gesammelt haben. Uns scheint aber, daß sie hohe Anforderungen an die Verwaltungsarbeit der Kasse stellt. Die je nach der Klasse verschiedene Berechnung der Krankengeldsätze je nach der Zahl der Kinder usw. muß doch viel Umständlichkeiten bereiten. Zudem läßt die Einrichtung auch gewisse soziale Gesichtspunkte vermissen. In den niederen Klassen erhöht sich das Krankengeld nur gering und bleibt bei einer größeren Kinderzahl immer noch sehr unzulänglich. Einen günstigen Ausweg verschafft hier eine Verbindung der in Ziffer 1 und 2 der in § 3 der in Frage stehenden Bekanntmachung gegebenen Möglichkeiten, nämlich die Gewährung in allen Klassen gleichmäßiger Zulagen je nach der Kinderzahl.

Soweit bis jetzt „Teuerungszulagen“ zum Krankengeld gewährt wurden (von den Ortskrankenkassen Leipzig, Halle a. S. usw.), waren sie nicht nur für alle Lohnstufen gleichmäßig, sondern ließen auch die Familienverhältnisse wie Kinderzahl usw. außer Betracht. Neuerdings beschloß die Ortskrankenkasse Halle, diese Zulage nach den Familienverhältnissen abzustufen. Es erhält in Zukunft ein lediges Mitglied überhaupt keinen Zuschuß. Ein verheiratetes Mitglied und ein solches, das einen eigenen Hausstand hat, erhält auf den Tag 25 *₰* und ein solches mit zwei und mehr Kindern 50 *₰*., gleichviel in welcher Lohnklasse es sich befindet. Im Hinblick auf die beschränkten Mittel der Kasse sind die Zulagen geringe; empfehlenswert ist es, sie zu erhöhen, vielleicht auf 50 *₰* und 1 *M* und bei Vorhandensein von vier und mehr Kindern auf 1,50 *M*.

Die rechtliche Form, in die eine solche Fürsorge zu kleiden ist, besteht in einem Nachtrag zu § 20 Abs. 1 Ziff. 2 (wenn die Paragraphenfolge der amtlichen Mustersatzung eingehalten worden ist) etwa folgenden Wortlauts:

„Verheiratete und solche Versicherte, die einen eigenen Haushalt haben, erhalten für jeden Krankengeldtag einen in allen Lohnstufen gleichen Zuschlag von 25 *₰*. Hat ein derartiges Mitglied zwei oder drei Kinder bis zu 15 Jahren aus seinem Arbeitsverdienst erhalten, so beträgt der Zuschlag 50 *₰*, bei Vorhandensein von vier und mehr Kindern 75 *₰*. Der Zuschlag wird nur insoweit gewährt, als dieser mit dem Krankengeld nicht drei Viertel des Grundlohnes übersteigt.“

Dem § 29 Abs. 1 wäre anzufügen:

„Die Wöchnerinnen erhalten die in § 20 Abs. 1 Ziff. 2 vorgesehenen Zuschläge, soweit sie nicht Anspruch auf die Reichswochenhilfe haben.“

Die Feststellung einer Wartezeit (Karenzzeit) für diese Mehrleistungen empfiehlt sich nicht; diese sollte überhaupt mehr und mehr abgebaut werden. Zu den nichtverheirateten Versicherten, die einen eigenen Hausstand haben, gehören insbesondere die Witwen und Witwer; es wäre unbillig, diese von den Zuschlägen auszuschließen. Nach dem gewählten Wortlaut erhalten versicherte Ehefrauen in der Regel den Zuschlag für Kinder nicht, da regelmäßig nicht die Frauen, sondern die Männer aus ihrem Arbeitsverdienst die Kinder erhalten. Dagegen hat eine verhei-

ratete Frau die ersterwähnten 25 ₰ Zuschlag zu erhalten. Die Beschränkung des Gesamtbetrags des Krankengeldes auf drei Viertel des Grundlohns ist in § 3 der Verordnung vorgesehen. Der Wegfall des Zuschlags für solche Wöchnerinnen, die Reichswochenhilfe erhalten, ist deshalb geboten, weil sonst eine Entlastung des Reiches eintreten würde, da dieses bekanntlich den Unterschied zwischen dem (in der Regel niedrigeren) Wochengelde und dem Kriegs-Wochengeld erstattet. Eine Wirkung der Zuschläge ist, daß durch sie bei Betriebsunfällen der Unfallzuschuß (§ 573 RVO.) vermindert wird, zum Nachteil der Kasse. Es wird aber andererseits auch nicht angängig sein, die Unfallverletzten von den Zuschlägen auszuschließen, da dies eine Benachteiligung für sie wäre. Einmal erhielten sie bis zur 5. Woche der Erwerbsunfähigkeit überhaupt keine Zulage und dann nur bis zu zwei Drittel des Grundlohns.

Die Kosten einer Fürsorge, wie wir sie vorschlagen, lassen sich mangels jeder Erfahrungen schlecht schätzen. Im allgemeinen ist anzunehmen, daß rund ein Drittel der Mitglieder einer Kasse ledig ist. Rund ein weiteres Drittel ist verheiratet und hat ein Kind unter 15 Jahren, das übrige Drittel ist verheiratet und hat zwei und mehr unterhaltsberechtigte Kinder. Die Zahl der Versicherten mit vier und mehr derartigen Kindern dürfte etwa ein Sechstel aller ausmachen. Es ist also nur eine verhältnismäßig beschränkte Zahl von Mitgliedern, die höhere Zulagen beanspruchen werden. Die nötigen Aufwendungen lassen sich bei jeder Kasse leicht ohne Erhöhung des Beitragsfußes dadurch beschaffen, daß entsprechend der durch die neue Verordnung gegebenen Möglichkeit, höhere Beitragsklassen angebaut werden und zwar bis zum Grundlohn von 10 ℳ. Die gesetzlichen Bestimmungen müssen nunmehr vollständig ausgenützt werden. Die Mitglieder in den hohen Klassen empfangen durch dies höhere Krankengeld nicht die Mehrbeträge wieder, die sie einzahlen, da die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Heilmittel usw. in allen Klassen gleich sind. Es werden hierdurch also Mittel für andere Leistungen frei. Durch diese Heranziehung der besser entlohnten Versicherten zur Tragung von Unterstützungen für besonders Hilfsbedürftige wird die Krankenversicherung in höherem Maße ihrer sozialen Aufgabe gerecht, wird sie auf eine höhere Plattform ihrer sozialen Wirksamkeit gestellt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Beschäftigungsverhältnisse zwischen Verwandten sind für die Krankenversicherung entsprechend zu beurteilen wie für die Invalidenversicherung.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Oktober 1917 (2405, Amtl. Nachr. 1917 S. 650).

Die Gesichtspunkte, die für das Zustandekommen eines Lohnarbeitsverhältnisses zwischen Verwandten maßgebend sind, hat das Reichsversicherungsamt bereits in zahlreichen Entscheidnugen erörtert; diese Entscheidungen sind ebenso wie die fraglichen Merkmale selbst in der Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen (Amtl. Nachr. 1912 S. 721 ff., besonders S. 745 zu 23 c) näher angegeben (zu vgl. auch die später ergangenen Entsch. 1756 und 1923, Amtl. Nachr. 1913 S. 678 und 1914 S. 774). Es konnte sich deshalb fragen, ob überhaupt die für die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach § 1799 RVO. erforderliche Voraussetzung, daß es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften handele, gegeben ist. Das Reichsversicherungsamt hat indessen diese Voraussetzung als vorliegend erachtet, weil die ergangenen Entscheidungen sich auf die Invalidenversicherung beziehen und noch nicht grundsätzlich ausgesprochen ist, ob die darin ausgesprochenen Grundsätze auch für die Krankenversicherung gelten. Der Beschlußsenat hat kein Bedenken getragen, dies zu bejahen. D i e V e r s i c h e r u n g s z w e i g e

der Kranken- und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung stehen sich so nahe, daß die Frage der Versicherungspflicht für beide einheitlich zu beurteilen ist, soweit nicht aus den gesetzlichen Vorschriften selbst etwas anderes zu entnehmen ist (zu vgl. Vorbem. zur Anleitung a. a. O. S. 723). Für die Versicherungspflicht der bei Verwandten beschäftigten Personen ergeben die gesetzlichen Vorschriften keinen Anhalt für eine abweichende Regelung in der Krankenversicherung. Ein Unterschied besteht nur insofern, als in der Krankenversicherung — abweichend von dem für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung geltenden § 1227 RVO. — auch eine Beschäftigung, für die als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird, regelmäßig versicherungspflichtig ist. Demgemäß sind auch Familienglieder, die auf Grund eines wirklichen Beschäftigungsverhältnisses im Haushalt oder Geschäfte mitarbeiten, nach dem Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig, selbst wenn sie als Entgelt nur freie Wohnung oder freien Unterhalt beziehen (zu vgl. die Erklärung des Regierungsvertreters, Kommissionsber. 2. Teil S. 17, auch Hoffmann, Kommentar 5. Aufl. Anm. 3 zu § 165). Eine die versicherungsrechtliche Stellung der Familienangehörigen des Arbeitgebers berührende Vorschrift für die Krankenversicherung enthält allerdings § 176 Nr. 2 RVO., wo solchen Familienangehörigen, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt im Betriebe des Arbeitgebers tätig sind, die Versicherungsberechtigung gegeben ist, während in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Versicherungsberechtigung, soweit sie hier in Betracht kommt, nur den nach den §§ 1227, 1232 RVO. versicherungsfreien Personen, also denen zusteht, die als Entgelt für ihre Beschäftigung nur freien Unterhalt beziehen oder vorübergehende Dienste im Sinne der Bestimmungen des Bundesrats leisten. Für die Versicherungspflicht können aber hieraus Schlüsse nicht gezogen werden. Nach alledem ergibt sich, daß das Bestehen oder Nichtbestehen versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse mit dem Vorbehalte, der sich aus dem Fehlen einer dem § 1227 RVO. entsprechenden Vorschrift ergibt, auch im vorliegenden Falle unter Zugrundelegung der aus der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts ersichtlichen Grundsätze zu prüfen ist.

Die Kasse kann die Versicherung einer bisher als versicherungspflichtig behandelten Person auf Grund nachträglicher Prüfung ablehnen.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Oktober 1917 (2406 Amtl. Nachr. 1917 S. 650).

Es ist davon auszugehen, daß ein Pflichtversicherungsverhältnis weder durch die Anmeldung des Arbeitgebers noch durch die Zahlung der Beiträge noch durch die Eintragung des Angemeldeten in das Mitgliederverzeichnis der Krankenkasse begründet wird, sondern nur durch entsprechende Beschäftigung (§ 306 RVO.). Ohne versicherungspflichtige Beschäftigung kann zwar — auch abgesehen von den Fällen der Versicherungsberechtigung — ein Leistungsanspruch begründet sein, nämlich unter den Voraussetzungen des § 213 RVO. Ein Versicherungsverhältnis liegt da aber nur in formellrechtlichem Sinne vor. Daraus ergibt sich, daß, wo nicht einmal die Voraussetzungen des § 213 gegeben sind, ein Versicherungsverhältnis — auch formellrechtlich — nicht angenommen werden kann (zu vgl. Hoffmann, Kommentar 5. Aufl. Anm. 1 letzter Absatz zu § 213, Anm. 5 Abs. 2 zu § 214, auch Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 23. Februar 1897, ArbVers. 1897 S. 511). Dann steht aber auch nichts im Wege, daß die Krankenkasse, die sich nachträglich davon überzeugt, daß bei ihr gemeldete Personen der Versicherungspflicht nicht oder nur als unständig Beschäftigte unterliegen, von sich aus die entsprechenden Maßnahmen trifft, um sich beizeiten gegen die Inanspruchnahme versicherungsrechtlicher Leistungen durch solche Personen zu wehren. Man wird solche Maßnahmen gemäß der öffentlich-rechtlichen Stellung des Versicherungsträgers als eine Pflicht ansehen müssen, sowohl gegenüber den zur Versicherung gemeldeten Beschäftigten, die sich im Glauben des Versicherungsschutzes befinden, wie in bezug auf die Erhaltung des Kassenvermögens. Jene Maßnahmen haben aber nicht etwa die Bedeutung einer Entscheidung. Vielmehr sind es einseitige, und zwar nicht empfangsbedürftige Willenserklärungen; denn da sich das Pflichtversicherungsverhältnis lediglich nach den zugrunde liegenden Tatsachen bestimmt und, seiner öffentlichrechtlichen Natur entsprechend, von den Willenserklärungen der Beteiligten unabhängig ist, so ist es für die versicherungsrechtliche Stellung der Beteiligten zueinander ohne Belang, ob die Erklärung der Krankenkasse der Gegenseite zugeht oder nicht. Aus der Natur dieser einseitigen Erklärungen ergibt sich auch, daß der Hinweis des Oberversicherungsamts auf die §§ 312 ff. RVO. nicht zutrifft. Von einem Erlöschen der Mitgliedschaft durch die Erklärung der Kasse kann nicht gesprochen werden, weil — die Richtigkeit der Auffassung der Krankenkasse vorausgesetzt — eine Mitgliedschaft überhaupt nicht bestanden hat. Ist aber die Auffassung der Krankenkasse falsch, so vermag dies die Rechte des Mitglieds aus der Pflichtversicherung nicht zu beeinträchtigen. Hieraus folgt, daß eine Rechtspflicht der Krankenkasse, die Ablehnung der Versicherung mit dem Arbeitgeber zu erörtern, nicht besteht. Es genügt, wenn sie die Beiträge ablehnt oder, wie es hier geschehen, die zur Versicherung Angemeldeten davon unterrichtet, daß sie ihre Versicherungspflicht nicht anerkennt. Natürlich darf die Kasse auch in diesem Falle die Beiträge von

den Arbeitgebern nicht weiterhin annehmen, wodurch dann auch diese von der Stellungnahme der Kasse Kenntnis erhalten. Wollen die anderen Beteiligten — Arbeitgeber oder Beschäftigte — die Stellungnahme der Krankenkasse nicht als berechtigt anerkennen, so liegt ein Streit über das Versicherungsverhältnis vor, und die Sache ist dann nach § 405 Abs. 2 RVO. zu behandeln. Das Verfahren der Krankenkasse, die die bei ihr angemeldeten Aufwartefrauen zum Teil in dem Mitgliederverzeichnis gestrichen, zum Teil als Versicherungsberechtigte oder in das Verzeichnis der unständig Beschäftigten eingetragen hat, kann also nach den vorherigen Ausführungen nur dahin verstanden werden, daß die Kasse für diese Personen die Versicherungspflicht im Sinne des § 165 RVO. bestreitet, und daß, falls die Beteiligten damit nicht zufrieden sind, auf Grund des § 405 Abs. 2 RVO. entschieden werden muß. Für das Versicherungsamt lag daher kein Anlaß vor, im Aufsichtsweg einzuschreiten, und namentlich durfte das Versicherungsamt nicht auf diesem Wege in eine sachliche Prüfung des Versicherungsverhältnisses einzelner Personen eintreten noch der Krankenkasse vorschreiben, wie sie sich zur Versicherung dieser Personen zu stellen habe. Dies würde einen Eingriff der Aufsichtsbehörde in das pflichtmäßige Ermessen und die Selbstverwaltung der Kasse bedeuten und der Entscheidung aus § 405 Abs. 2, die dem Beschlußausschusse vorbehalten ist, vorgreifen. Bei dem von der Krankenkasse geübten Verfahren könnte höchstens zweifelhaft sein, ob sie die Beschäftigten auch über den Weg des § 405 Abs. 2 belehrt hat und ob die Erklärungen einzelner Aufwartefrauen etwa Anlaß gaben, das Verfahren nach § 405 Abs. 2 in die Wege zu leiten. Darauf bezieht sich aber die vom Versicherungsamte getroffene Anordnung aus § 377 der RVO. nicht. Demgemäß waren die Entscheidungen der Vorinstanzen aufzuheben. Im Hinblick auf die Unklarheit, die bei den Beschäftigten und deren Arbeitgebern — teils infolge unzureichender Belehrung durch die Krankenkasse, teils infolge der nicht zutreffenden Auffassung der Vorinstanzen — über das Versicherungsverhältnis bestehen mag, wird es sich empfehlen, daß die Krankenkasse nunmehr den Beteiligten ihre Stellungnahme nochmals kundgibt und sie auf die Zulässigkeit des Verfahrens nach § 405 Abs. 2 verweist, oder es wird, soweit über das Versicherungsverhältnis bereits Streit besteht, das Verfahren nach § 405 Abs. 2 einzuleiten sein.

Änderung der Kassenzugehörigkeit beim Eintritt in ein weiteres versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis (§ 309 RVO.).

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 11. Dezember 1917.

Die Scheuerfrau Ida J. war seit dem 1. Januar 1914 bei dem Konkursverwalter H. beschäftigt und erhielt von ihm einen monatlichen Lohn von 12 *M.* Sie war damit unstreitig Pflichtmitglied der Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte. Seit dem 14. November 1916 war Frau J. außerdem bei der Firma M. D. tätig, die zum Bereich der Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe gehört; dort erhielt sie einen Wochenlohn von 7 *M.* Unstreitig und unzweifelhaft war die letztere Beschäftigung die überwiegende. Infolge eines Versehens der gemeinsamen Meldestelle hat die Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte erst am 16. Januar 1917 von der Beschäftigung bei D. erfahren. Sie hat am 25. Januar bei der Behörde für das Versicherungswesen in H. beantragt, die Anmeldung der Firma D. der Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe zu überweisen und die J. als Mitglied gelöscht. Gleichzeitig hat sie dieser Kasse von dem Sachverhalt Mitteilung gemacht und sie um Ersatz der Aufwendungen aus einem nach dem 14. November 1916 eingetretenen Versicherungsfall ersucht. Die Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe hat die Erstattung verweigert. Sie führt insbesondere aus: Die Änderung der Beschäftigungsverhältnisse beende nicht ohne weiteres die Kassenmitgliedschaft, sondern erst die auf Grund dieser Änderung erfolgte Überweisung. Der Überweisungsantrag sei unstreitig erst am 26. Januar 1917 gestellt worden. Da nach diesem Zeitpunkt der Frau J. Kassenleistungen nicht mehr gewährt worden seien, so komme ein Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen nicht in Frage.

Das Versicherungsamt hat die Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe verurteilt, der Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte den verlangten Betrag zu ersetzen. Es hat ausgeführt, eine besondere Überweisung an die Kasse für Bekleidungsgewerbe sei zu dem Übergang der Mitgliedschaft nicht erforderlich gewesen. Eine formale Versicherung der Frau J. bei der Kasse für kaufmännische Geschäfte auf Grund des § 315 RVO. komme nicht in Frage, weil sich der Unterstützungsfall innerhalb der ersten drei Monate seit Änderung des Beschäftigungsverhältnisses ereignet habe. Hiernach sei die Kasse für das Bekleidungsgewerbe verpflichtet gewesen, für Frau J. einzutreten. Gegen diese Entscheidung des Versicherungsamts hat die Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe rechtzeitig Berufung eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich in seinem Gutachten den Ausführungen des Versicherungsamts angeschlossen (§ 1693 RVO.). Das RVA. hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Es handelt sich um einen Anspruch auf Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen zwei Krankenkassen, für dessen Entscheidung nach § 224 RVO. das Versicherungsamt zuständig ist. Nach § 1776 Abs. 1 RVO. würde das Oberversicherungsamt endgültig zu entscheiden haben. Hiernach und da es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt, bestehen gegen die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt keine Bedenken.

In der Sache selbst mußte die Berufung als unbegründet zurückgewiesen werden. Unstreitig und unzweifelhaft überwog die Beschäftigung bei der Firma M. D. die bei dem Konkursverwalter H. bedeutend.

Das Beschäftigungsverhältnis der Frau J. zu der Firma D. war nicht als lediglich vorübergehend gedacht. Auch war eine Schwankung im Umfange der Beschäftigung nicht in Aussicht genommen. Bei solcher Sachlage kann es nach § 309 RVO. nicht zweifelhaft sein, daß Frau J. seit dem 14. November 1916, dem Beginnn ihrer Beschäftigung bei der Firma D., in die Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe gehörte. Es kann sich nur fragen, ob sich der Übergang der Frau J. aus der Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte in die Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe ohne weiteres vollzog oder ob es noch der Überweisung der Frau J. von der einen zur anderen Kasse bedurfte. Die Reichsversicherungsordnung sieht die Notwendigkeit einer Überweisung nicht vor (ebenso Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2d zu § 309 RVO., sowie Entsch. des badischen Verwaltungsgerichtshofs vom 21. März 1912 bei Reger, Entsch. Bd. 32 S. 478). § 309 a. a. O. bestimmt nur, daß die Kassenzugehörigkeit Versicherter, die gleichzeitig in mehreren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen stehen, sich nach ihrer überwiegenden Beschäftigung richtet. Die Überweisung eines Versicherten durch seine bisherige Kasse an eine andere wird für die Kassenzugehörigkeit nur dann bedeutsam, wenn eine Kasse für einen Versicherungspflichtigen „nach vorschriftsmäßiger Anmeldung" drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat. Die Kasse hat dann den Versicherungspflichtigen, solange sich sein Beschäftigungsverhältnis nicht ändert, als Mitglied bis zu dem Tage anzuerkennen, wo der Kassenvorstand ihn oder seinen Arbeitgeber schriftlich an eine andere Kasse verweist (§ 315 RVO.). Eine formellrechtliche Versicherung der Frau J. bei der Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte im Sinne dieser Vorschrift kommt aber nicht in Frage. Denn seit der Anmeldung der Frau J. bei dieser Ortskrankenkasse wegen ihrer Beschäftigung bei H. ist eine für die Kassenzugehörigkeit wesentliche Änderung des Beschäftigungsverhältnisses durch die Übernahme der weiteren Beschäftigung bei der Firma M. D. eingetreten. Erst eine Anmeldung dieser neuen Beschäftigung setzte die Dreimonatsfrist des § 315 in Lauf, da erst damit die Kasse in die Lage gesetzt war, den Einfluß der Übernahme dieser Beschäftigung auf ihre Zuständigkeit zu prüfen. Diese Frist ist aber unzweifelhaft nicht abgelaufen, da seit dem Beginne der Beschäftigung bei der Firma M. D. bis zu der Verweisung der Frau J. an die Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe eine Zwischenzeit von drei Monaten überhaupt nicht liegt.

Hiernach war die Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe verpflichtet, für Frau J. bei ihrer Erkrankung einzutreten. Da an ihrer Statt die Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte die Versicherungsleistungen gewährt hat, so ist die erstere Kasse zum Ersatz der zu Unrecht gewährten Leistungen verpflichtet, die sie selbst hätte gewähren müssen. Gegen die Höhe des von der Klägerin beanspruchten Ersatzes bestehen keine Bedenken.

Erstreckung einer Betriebskrankenkasse auf einen anderen Betrieb.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Düsseldorf** vom 8. September 1917 (12 B. K. 17).

Die Firma P. u. H., mit Sitz und Kontor in Elberfeld, deren alleinige Inhaber Oskar und Walter P. sind, besitzt in Dünweg eine Weberei, und hat für diesen Betrieb eine Betriebskrankenkasse errichtet, deren Bezirk sich nur auf den Betrieb der Firma in Dünweg erstreckt. Anfang 1917 gründete die Firma eine Geschoßabteilung (Geschoßdreherei) in der nahegelegenen Stadt Burscheid. Irgendwelche Geschäfts- oder Fabrikräume besaß die Firma in Burscheid nicht. Die Geschoßabteilung wurde untergebracht in der Baumwoll-Stückfärberei, Bleicherei und Appreturanstalt von R. R. ist an der Geschoßabteilung in Burscheid finanziell zu gleichen Teilen an Gewinn und Verlust beteiligt, während er an der Weberei in Dünweg nicht beteiligt ist. Das Verfügungsrecht hinsichtlich der Geschoßabteilung hat allein die Firma P. u. H. R. ist nicht befugt, für die Firma oder die Geschoßabteilung in Burscheid rechtsverbindlich zu zeichnen.

Als die Allgemeine Ortskrankenkasse in Burscheid das Verlangen stellte, daß die bei der Geschoßabteilung in Burscheid beschäftigten Personen bei ihr angemeldet und versichert werden müßten, beschloß der Ausschuß der Betriebskrankenkasse der Firma P. u. H. in Dünweg, dem § 1 Abs. 2 der Kassensatzung, welcher lautet: „Der Bezirk der Kasse erstreckt sich auf den Betrieb der Firma in Dünweg", folgende Fassung zu geben: „Der Bezirk der Kasse erstreckt sich auf den bisherigen Betrieb der Firma in Dünweg sowie auf die Geschoßabteilung der Firma in Burscheid." Dieser Satzungsänderung hat das Oberversicherungsamt die Genehmigung versagt aus folgenden Gründen:

Nach § 245 RVO. kann ein Arbeitgeber (Unternehmer) eine gemeinsame Betriebskrankenkasse für mehrere Betriebe errichten. Mehrere Unternehmer können aber für ihre Betriebe keine gemeinsame Betriebskrankenkasse errichten. Unternehmer eines Betriebes ist derjenige, für dessen Rechnung der Betrieb erfolgt, so daß ihm das ökonomische Ergebnis Vorteil oder Nachteil bringt, also nicht derjenige, welcher für den Unternehmer die Geschäfte führt oder ihn gerichtlich zu vertreten hat (s. ArbVers. 1913 S. 298). Nun geht aus den obigen Darlegungen klar hervor, daß die Weberei in Dünweg und die Geschoßdreherei in Burscheid nicht denselben Unternehmer haben. Für erstere ist die Firma P. u. H. in Elberfeld der Unternehmer, für die Geschoßdreherei diese Firma und der Fabrikant R. in Burscheid.

Wenn sich aus diesem Grunde allein schon die Versagung der Genehmigung zum Satzungsnachtrag rechtfertigt, so kommt, auch wenn derselbe Unter-

nehmer vorhanden wäre, als weiterer Versagungsgrund in Betracht, daß der Bezirk einer Betriebskrankenkasse nicht mit rückwirkender Kraft auf andere Betriebe des Unternehmers ausgedehnt werden kann (s. Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 444).*) Eröffnet ein Unternehmer gleichzeitig oder nachher am nämlichen oder einem anderen Ort einen weiteren Betrieb, ohne daß für diesen Betrieb eine eigene Betriebskrankenkasse errichtet wird, so sind dessen Arbeiter bei der Ortskrankenkasse zu versichern, sofern nicht der neue Betrieb einem der vorhandenen Betriebe als unselbständiger Betriebsteil angegliedert worden ist. (ArbVers. 1910 S. 770.) Letzteres kann im vorliegenden Fall nicht geschehen, weil beide Betriebe (Weberei und Geschoßdreherei) örtlich getrennt und Betriebsart (Gewerbezweig) wie Betriebskraft verschiedenartig sind.

Anmerkung: Die Entscheidung betrifft den von uns in der Auskunft im Jahrg. 1917 S. 144 Ziff. 9 behandelten Fall. Damals stand aber nur in Frage, ob die in der Geschoßdreherei (in Burscheid) beschäftigten Personen ohne weiteres zu der für die Weberei in Dünweg errichteten Betriebskrankenkasse oder zur Ortskrankenkasse ihres Beschäftigungsorts gehörten. Wir hatten letzteres angenommen und begründet, und die Firma P. u. H. hat sich wohl der Überzeugung nicht verschließen können, daß eine andere Beurteilung nach den Umständen des Falles nicht angängig war. Nunmehr suchte sie ihren Zweck dadurch zu erreichen, daß sie im Wege der Satzungsänderung die Geschoßdreherei in Burscheid in die für die Weberei in Dünweg bestehende Betriebskrankenkasse einbezogen wissen wollte. Das wäre nur zulässig, wenn die Voraussetzung für die Errichtung einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse für mehrere Betriebe vorläge, d. h. wenn als Arbeitgeber der Weberei sowohl wie der Geschoßdreherei nur die Firma P. u. H. in Betracht käme (§ 245 Abs. 1 Satz 2 RVO.). Dies hat das Oberversicherungsamt verneint. Die Begründung der Entscheidung ist aber unzulänglich. Das Oberversicherungsamt stellt fest, daß Inhaber der Firma P. u. H., welche die Weberei betreibt, nur Oskar und Walter P. sind, während an der Geschoßdreherei außer ihnen noch R. „finanziell zu gleichen Teilen am Gewinn und Verlust beteiligt ist". Daraus wird hergeleitet, daß die beiden Betriebe nicht denselben Unternehmer haben, obwohl weiter ausdrücklich festgestellt wird, daß „das Verfügungsrecht hinsichtlich der Geschoßabteilung allein die Firma P. u. H. hat und R. nicht befugt ist, für die Firma oder die Geschoßabteilung rechtsverbindlich zu zeichnen". Danach kann R. nur als „stiller Gesellschafter" in Frage kommen (§ 335 Handelsgesetzb.). Ein solcher kann aber als Mitunternehmer versicherungsrechtlich nur gelten, wenn er nach dem Vertrag und den tatsächlichen Verhältnissen das Geschäft wie ein Gesellschafter im Sinne der §§ 705 ff. BGB. führt (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 f zu § 13 RVO.) oder doch wegen seiner Beteiligung das Recht zu weitgehender Einwirkung auf die Betriebsführung hat (vgl. ArbVers. 1916 S. 562 und Entsch. des RVA. bei Breithaupt 5 S. 510). Gerade hieran scheint es doch hinsichtlich des R. zu fehlen; mindestens wäre dieser Punkt noch zu klären gewesen.

*) Entsch. 1999, ArbVers. 1915 S. 424.

Zur Frage der Gültigkeit von Verträgen freier Kassenvereinigungen mit Ärzten.

Urteil des Reichsgerichts (3. Zivilsen.) vom 16. März 1917 (Entsch. 90 S. 38).

Der Kläger war von den beklagten Krankenkassen während ihres Streits mit den Ärzten durch Vertrag zum Kassenarzt bestellt, nach der Einigung mit den Ärzten aber, vorbehaltlich seiner Ansprüche, von der kassenärztlichen Tätigkeit entbunden worden. Abweichend vom Landgericht, hat das Oberlandesgericht den Vertrag für nichtig erklärt und die auf diesen Vertrag gestützten Ansprüche des klagenden Arztes abgewiesen. Seine Revision wurde vom Reichsgericht zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Abweisung der Klage rechtfertigt sich durch die Feststellung, daß die beklagten Kassen sich ohne die nach § 414 Satz 2 RVO. erforderliche Genehmigung zum gemeinsamen Abschlusse von Verträgen mit Ärzten (§ 407 Nr. 2 RVO.) vereinigt und zur Erfüllung dieser Aufgabe auch den hier streitigen Vertrag gemeinsam abgeschlossen haben. Daraus folgt, wie der Senat im Urteile vom 23. April 1915 (RG. Zivils. Bd. 86 S. 371) in Sachen der Elbinger Krankenkassen ausgesprochen hat, nicht bloß die Unzulässigkeit des Zusammenschusses, sondern auch die Verbotswidrigkeit und Nichtigkeit des mit dem Arzte abgeschlossenen Vertrags (§ 134 BGB.). Was die Revision dagegen vorbringt, ist nicht geeignet, die dort aufgestellten Grundsätze zu widerlegen oder ihre Anwendung auf den vorliegenden Fall auszuschließen.

Die Revision will daraus, daß § 414 nur von Kassenvereinigungen spricht, die den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen, folgern, daß auch das Erfordernis der Genehmigung zur Übernahme einzelner der im § 407 bezeichneten Aufgaben nur für Kassenvereinigungen jener Art gelte, und verweist darauf, daß die Versicherungsordnung freie Kassenvereinigungen allgemein zulasse. Allein der letztere Umstand berechtigt nicht zu dem Schlusse, daß freie Kassenvereinigungen auch die den Kassenverbänden nach §§ 406 flg. zugewiesenen besonderen Aufgaben unbeschränkt übernehmen dürfen. Die Auffassung der Revision würde dazu führen, daß neben den Kassenverbänden, denen im § 407 besondere Aufgaben, darunter die gemeinsame Vorbereitung und Abschließung von Verträgen mit Ärzten, zugewiesen sind, und neben den Kassenvereinigungen, die nach § 414 zur Übernahme solcher Aufgaben der Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde bedürfen, noch andere Vereinigungen beständen, die in diesem Punkte jeder gesetzlichen Regelung entbehren, also alle Aufgaben, die den Kassenverbänden zugewiesen sind, ohne jede Einschränkung übernehmen könnten. Das würde aber den ganzen Aufbau des Kassenverbandsrechtes in Frage stellen und kann deshalb auch nicht als Sinn des Gesetzes erachtet werden. Daraus, daß § 414 nur von solchen Kassenvereinigungen spricht, die den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen,

ließe sich eher folgern, daß Kassenvereinigungen anderer Art die in § 407 aufgeführten Aufgaben überhaupt nicht, auch nicht mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde übernehmen dürfen. In jedem Falle aber ist der im Urteile vom 23. April 1915 gezogene Schluß begründet, daß, wenn schon Vereinigungen, die den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen, zur Übernahme der fraglichen Aufgaben einer Genehmigung bedürfen, dies erst recht gelten muß, wenn sich Vereinigungen gerade nur für einen solchen Zweck bilden.

Richtig ist nur, daß es der Genehmigung lediglich für die Übernahme der Aufgabe, gemeinsam Arztverträge vorzubereiten und abzuschließen, nicht für den einzelnen Vertrag bedarf. Die gegenteilige Annahme des Berufungsgerichts beruht auf einem Mißverständnis des Urteils vom 23. April 1915, das auch sonst (vgl. die Überschriften bei Wiedergabe des Urteils in Jur. Wochenschr. 1915 S. 660 Nr. 13 und in „Die Arbeiter-Versorgung" 1915 S. 471) hervorgetreten, im Inhalte des Urteils aber nicht begründet ist. Die vom Regierungspräsidenten in Stettin in der vom Berufungsgericht eingeholten Äußerung vertretene Auffassung, die im § 414 vorgesehene Genehmigung beziehe sich nicht auf die einzelnen Verträge, sondern bedeute nur die Ermächtigung zur Übernahme einzelner der im § 407 bezeichneten Aufgaben, ist also zutreffend. Sie berührt aber nicht den nach dem Urteile vom 23. April 1915 entscheidenden Gesichtspunkt, daß nämlich das Fehlen der für die Übernahme der besonderen Aufgabe erforderlichen Genehmigung auch den zur Erfüllung der Aufgabe geschlossenen Vertrag verbotswidrig und nichtig macht. Das den Ausführungen des Berufungsgerichts zugrunde liegende Mißverständnis ist jedoch für die Entscheidung belanglos. Denn auch eine Genehmigung zur Übernahme der unter § 407 fallenden Aufgabe des Abschlusses von Arztverträgen durch die vereinigten Kassen liegt nach dem vom Berufungsgerichte festgestellten Sachverhalt nicht vor. Sie ist namentlich nicht, wie die Revision will, in der Mitwirkung des Regierungspräsidenten und eines Vertreters des zuständigen Ministers bei dem Stettiner Abkommen zu finden. Denn das Abkommen befaßte sich zwar, soweit dies für das Verhältnis der damaligen Vertragsteile, der Krankenkassen und der bisherigen Kassenärzte, geboten war, auch mit den Verträgen der von auswärts zugezogenen Ärzte, nahm aber zu ihrer Gültigkeit wie zur Zulässigkeit der Kassenvereinigung keine Stellung, sondern setzte beides als gegeben voraus. Daß die zuständigen Behörden gegen die Vereinigung und die von ihr abgeschlossenen Verträge nichts erinnerten, erklärt sich durch die irrige Meinung, es bedürfe keiner Genehmigung zur Übernahme der Aufgabe einer gemeinsamen Abschließung von Arztverträgen durch die beklagten Kassen, und kann nicht als Ausdruck eines Genehmigungswillens betrachtet werden. Was das Berufungsgericht gegen die Annahme einer stillschweigenden Genehmigung der Verträge ausführt, trifft also in gleicher Weise für die Frage zu, ob eine Genehmigung der Übernahme der Aufgabe des gemeinsamen Abschlusses von Arztverträgen stattgefunden hat.

Mit Unrecht bestreitet die Revision ferner, daß eine Kassenvereinigung vorliegt. Daß die beklagten Kassen sich zum gemeinsamen Abschlusse von Arztverträgen verbunden hatten und daß zur Erfüllung dieser Aufgabe der streitige Vertrag abgeschlossen wurde, hat das Berufungsgericht einwandfrei festgestellt. Die Kassen haben danach die vorbereitenden Verhandlungen mit den Ärzten unter dem Namen „Vereinigung Stettiner Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen zum Abschlusse von Arztverträgen" geführt und die Arztverträge durch die von ihnen bevollmächtigte Kommission gemeinsam abgeschlossen. Es handelt sich dabei nicht, wie die Revision will, um eine Summe von Einzelverträgen, die nur äußerlich in einer Urkunde zusammengefaßt sind, sondern um einen gemeinschaftlichen Vertrag, der wegen dieser Gemeinschaftlichkeit auch eine gesamtschuldnerische Haftung der beteiligten Kassen für das im Vertrage gewährleistete Mindesteinkommen begründete. Insoweit kommt also auch, was die Revision mit Unrecht bestreitet, eine Verfügung über die Mittel der einzelnen Kassen für den gemeinsamen Zweck in Frage.

B. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über verstärkte Heranziehung kriegswichtiger Betriebe und über Beitragsvorschüsse zur Unfallversicherung.

Vom 11. Februar 1918 (RGBl. S. 81).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Die Vorstände der Berufsgenossenschaften können mit Zustimmung des Reichsversicherungsamts (Landesversicherungsamts) bestimmen, daß die während des Krieges neu errichteten oder neu eingerichteten Betriebe, die ausschließlich oder überwiegend für den Bedarf des Heeres oder der Marine arbeiten, zu dem auf sie entfallenden Umlagebeitrage für eine bestimmte Zeit einen Zuschlag bis zur doppelten Höhe dieses Beitrags zu entrichten haben.

§ 2. — Die Zuschläge (§ 1) sind zu einem Ver-

mögensstock anzusammeln, der zur Ermäßigung der Umlage späterer Jahre zu verwenden ist. Das Nähere bestimmt das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt).

§ 3. — Die Vorstände der Berufsgenossenschaften können mit Zustimmung des Reichsversicherungsamts (Landesversicherungsamts) bestimmen, daß die Betriebe, die von voraussichtlich vorübergehender Dauer oder besonders gefährlich sind, Vorschüsse auf die Umlagebeiträge nach Maßgabe des § 738 Abs. 3 und 4 der RVO. für eine bestimmte Zeit und zu bestimmten Fälligkeitstagen zu zahlen haben.

§ 4. — Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1917 in Kraft.

Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt ihres Außerkrafttretens. Alsdann gelten die nach den §§ 1 und 3 getroffenen Bestimmungen nur noch für die Umlagebeiträge und die Beitragsvorschüsse, die für die Zeit bis zum Ablauf des Kalenderjahrs zu erheben sind.

„Kleine" Haus- und Ziergärten im Sinne des § 917 Abs. 2 RVO.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. Juli 1917 (2976 Amtl. Nachr. 1917 S. 625).

Ein Villenbesitzer unterhält einen Haus- und Ziergarten von 27 Ar 70 Geviertmeter Größe, dessen Erzeugnisse lediglich dem eigenen Bedarfe des Besitzers dienen und in dem nicht regelmäßig und in erheblichem Umfang besondere Arbeitskräfte beschäftigt werden. Das Reichsversicherungsamt hat diesen Garten für einen nach den §§ 915, 917 RVO. versicherten Betrieb erklärt aus folgenden Gründen:

Als landwirtschaftlicher Betrieb, der nach § 915 RVO. der Unfallversicherung unterliegt, gilt nach § 917 auch die Bewirtschaftung eines Gartens. Nur kleine Haus- und Ziergärten, die nicht regelmäßig und nicht in erheblichem Umfang mit besonderen Arbeitskräften bewirtschaftet werden und deren Erzeugnisse hauptsächlich dem eigenen Haushalt dienen, sind nach Abs. 2 nicht als landwirtschaftliche Betriebe anzusehen. Eine nähere Bestimmung darüber, was als „kleiner" Haus- und Ziergarten anzusehen ist, hat das Gesetz nicht getroffen, die Entscheidung vielmehr den rechtsprechenden Instanzen überlassen. Die Abgrenzung muß aus dem Sprachgebrauch einerseits und aus dem Bedürfnis einer Versicherung der in derartigen Gärten beschäftigten Personen anderseits gewonnen werden. Um nicht ungerechtfertigte Unsicherheit in die Frage der Versicherung hineinzutragen, darf die Grenze nicht allzu schwankend, sie darf aber auch nicht unveränderlich fest sein, da sonst die Absicht des Gesetzes, der Entscheidung des Einzelfalls einen gewissen Spielraum zu lassen, nicht erzielt würde. Das Reichsversicherungsamt hat im Laufe seiner verwaltenden und rechtsprechenden Tätigkeit aus diesen Gesichtspunkten heraus die für den Regelfall geltende Grenze zwischen kleinen und größeren Haus- und Ziergärten auf 25 Ar bemessen, und auf dieser Grundlage hat sich eine allgemeine Rechtsübung entwickelt. Von der bezeichneten Grenze abzuweichen, wäre nur unter besonderen Umständen gerechtfertigt, wenn z. B. ein Gartengelände von ein wenig größerem Umfang im wesentlichen weder gärtnerisch noch sonst landwirtschaftlich benutzt wird. Derartige besondere Umstände sind im vorliegenden Falle nicht gegeben. Wenn daher auch nicht regelmäßig und in erheblichem Umfang besondere Arbeitskräfte zur Bewirtschaftung des Gartens herangezogen werden, so ist doch die Versicherungspflicht nach § 917 zu bejahen. Es handelt sich nicht um einen „kleinen" Haus- und Ziergarten; mithin ist der Umfang, in dem besondere Arbeitskräfte darin tätig sind, nicht von entscheidender Bedeutung.

Sprechsaal.

Die versicherungsrechtliche Stellung der Mitglieder einer Schlachtungsgesellschaft.

Die Maßnahmen für die Fleischverteilung in einer größeren Stadt haben zur Errichtung einer Schlachtungsgesellschaft geführt. Hierbei ist die Frage der versicherungsrechtlichen Stellung der Mitglieder der Gesellschaft zur Erörterung gestellt worden. Bei Prüfung dieser Frage war zunächst von folgendem auszugehen: Die Schlachtungsgesellschaft ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts, das heißt eine Personenvereinigung, die als solche keine Rechtsfähigkeit besitzt. Rechte und Pflichten stehen nicht der Gesellschaft als einer in der Vorstellung bestehenden Person unabhängig von ihren Mitgliedern und ohne Rücksicht auf deren Wechsel zu. Sie knüpfen sich vielmehr an die einzelnen Gesellschafter. Diese verpflichten sich durch den Gesellschaftsvertrag gegenseitig, die Errichtung eines gemeinsamen Zwecks in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern, insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten. Soweit nicht im Gesellschaftsvertrag abweichende Regelung getroffen ist, gelten für die Gesellschaft die Bestimmungen der §§ 705 ff. Bürgerl. Gesetzb.

Im vorliegenden Fall ist im wesentlichen folgendes bestimmt: Zweck der Vereinigung ist nach dem Gesellschaftsvertrag die gemeinschaftliche Übernahme, Schlachtung und Verwertung der für die Bevölkerung der Stadt zugewiesenen Viehbestände. Gesellschafter kann jeder Inhaber eines selbständigen Metzgereigeschäfts werden, der am Ort ansässig ist, bisher Rind-, Kalb-, Hammel- oder Ziegenfleisch verkauft hat und vom städtischen Amt für Kriegswirtschaft für die Belieferung mit solchem Fleisch zugelassen ist. Die Gesellschafter haben einen nach Stimmen-

mehrheit gewählten Vorstand zur gemeinsamen gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung bevollmächtigt. Sie haben nach einem im Vertrag bestimmten Maßstab ein Gesellschaftskapital aufzubringen, ihr Anteil an Gewinn oder Verlust berechnet sich nach der Einzahlungspflicht zum Gesellschaftskapital. Beim Ausscheiden erhält der Gesellschafter seine auf das Gesellschaftskapital geleistete Einzahlung zurück, vermehrt oder verringert durch den zur Zeit des Ausscheidens eingetretenen Gewinn oder Verlust, der verhältnismäßig nach der Höhe der Einzahlungen auf ihn auszuschlagen ist. Für einen zur Zeit seines Austritts bestehenden, seine Einzahlung übersteigenden Verlust haftet der Gesellschafter weiter. Die Schlachtungsgesellschaft übernimmt das Vieh von der Stadt zu dem vom Viehhandelsverband bestimmten Preis. Die Schlachtung erfolgt durch die vom Vorstand hierzu bestimmten Gesellschafter gegen eine von ihm festgesetzte, der Genehmigung des Amts für Kriegswirtschaft unterliegende Gebühr. Die geschlachteten Tiere werden durch eine vom Amt für Kriegswirtschaft bestimmte Kommission an die Gesellschafter nach Maßgabe der bei ihnen eingetragenen Zahl der Kunden zugeteilt.

Für die Stellung des Gesellschafters, soweit sie für die Beurteilung der versicherungsrechtlichen Frage von Bedeutung ist, ist nach dem bürgerlichen Recht noch folgendes zu beachten: Jeder Gesellschafter kann, obwohl er nach dem Vertrag von der Geschäftsführung ausgeschlossen ist, sich von den Angelegenheiten der Gesellschaft persönlich unterrichten, die Geschäftsbücher und die Papiere der Gesellschaft einsehen und sich aus ihnen eine Übersicht über den Stand des Geschäftsvermögens anfertigen (§ 716 des Bürgerlichen Gesetzbuchs). Die Beiträge der Gesellschafter und die durch die Geschäftsführung für die Gesellschaft erworbenen Gegenstände werden gemeinschaftliches Vermögen der Gesellschaft (§ 718 Abs. 1 Bürgerl. Gesetzb.).

Die Schlachtungsgesellschaft setzt sich also nach dem oben gesagten aus gesellschaftlich und rechtlich gleichstehenden Personen zusammen. Die Gleichberechtigung ist nach dem Gesellschaftsvertrag und durch die entsprechenden Bestimmungen des Bürgerlichen Rechts in weitgehendstem Maße gewahrt. Die Gesellschaft bildet danach nicht ein von den einzelnen beteiligten Gesellschaftern verschiedenes selbständiges Rechtssubjekt, sie besteht vielmehr aus einzelnen selbständigen Rechtssubjekten, den Gesellschaftern. Diese haben sich zu einem gemeinsamen Zweck, nämlich zur Übernahme, Schlachtung und Verwertung von Vieh vereinigt. Das wirtschaftliche Ergebnis der Arbeit, der dabei erzielte Gewinn oder Verlust, kommt jedem Gesellschafter im Verhältnis seiner Beteiligung am Ganzen zugut. Das Gesellschaftsvermögen ist und bleibt Eigentum der Gesellschafter nach Maßgabe des ihrer Beteiligung am Ganzen entsprechenden Anteils.

Für die versicherungsrechtliche Beurteilung entsteht nun die Frage, ob die Gesellschafter, die ohne Zweifel in ihren eigenen Betrieben Unternehmer sind und bleiben, hinsichtlich ihrer Tätigkeit für die Gesellschaft Angehörige der arbeitenden Bevölkerungsklasse in dem Sinne werden, der diesem Ausdruck im Sprachgebrauch innewohnt und die als solche der Fürsorge der sozialen Versicherungsgesetzgebung des Reichs unterliegen. Diese Frage ist zu verneinen.

Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (Handb. der Unfallverf. I S. 50, 51) schließt zwar die Eigenschaft einer Person als Unternehmer eines Betriebs ihre Eigenschaft als Arbeiter in einem anderen Betrieb nicht unbedingt aus. Voraussetzung dabei ist aber, daß es sich tatsächlich um Beschäftigung als „Arbeiter" handelt. Dies ist nach der Auffassung des Reichsversicherungsamts in der Regel ausgeschlossen bei Personen, die ihrer gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Stellung nach nicht dem Arbeiterstand angehören. Die Schlachtungsgesellschaft setzt sich ausschließlich aus selbständigen Metzgermeistern zusammen. An ihrer gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Selbständigkeit wird dadurch nichts geändert, daß sie für die Gesamtheit ihrer Berufskollegen Arbeit verrichten und dafür einen Entgelt beziehen. Der Entgelt stellt sich im vorliegenden Fall als einen Teil der Geschäftsunkosten der Gesellschafter dar, die von ihnen nach Maßgabe ihrer Beteiligung an der Gesellschaft gemeinsam aufgebracht werden.

Den für die Gesellschaft tätigen Gesellschaftern kann sonach schon mit Rücksicht auf ihre fortbestehende soziale und wirtschaftliche Selbständigkeit die Eigenschaft unselbständiger Lohnarbeiter nicht beigelegt werden. Die Richtigkeit dieser Feststellung ergibt sich aber ferner auch aus der Tatsache, daß den Gesellschaftern bei ihrer Tätigkeit für die Schlachtungsgesellschaft ein Arbeitgeber nicht gegenübersteht. Als solcher kann nicht etwa die Schlachtungsgesellschaft angesehen werden, denn sie ist, wie bereits erwähnt, kein selbständiges Rechtssubjekt, sondern lediglich eine Vereinigung einzelner selbständiger Rechtssubjekte, die sich zu gemeinsamer Betätigung für gemeinsame Rechnung zusammengeschlossen haben. Die Gesellschafter stehen zueinander nicht im Verhältnis von Unternehmern und Arbeitern, sondern in dem von Mitunternehmern.

Anders liegt die Beurteilung bei dem von der Schlachtungsgesellschaft angestellten Geschäftsführer. Sofern er nicht ebenfalls Gesellschafter ist, unterliegt er als ein von der Gemeinschaft beschäftigter Angestellter den allgemeinen Bestimmungen der Krankenversicherung, der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und der Angestelltenversicherung mit den sich aus den §§ 165 Abs. 2, 1226 Abs. 2 RVO. und § 1 Abs. 3 AngestVersGes. ergebenden Beschränkungen. Die Unfallversicherung kommt für ihn nur in Betracht, wenn er „im Betriebe" beschäftigt wird. Seine kaufmännische Tätigkeit ist gegen Unfall nicht versichert. Für die Krankenversicherung wäre gegebenenfalls die allgemeine Ortskrankenkasse zuständig.

A. Schell, Vorsteher des Versicherungsamts der Stadt Mainz.

Anmerkung der Schriftleitung: Die vorstehenden Ausführungen bringen die Stellungnahme des mit der Frage befaßten Versicherungsamts zum Ausdruck. Sie sind uns zugegangen mit dem Bemerken, daß die Bekanntgabe etwaiger gegenteiliger Meinungen erwünscht wäre.

Wir halten die Ausführungen für richtig. Soweit sie die Frage der Versicherungspflicht der Gesellschafter betreffen, stimmen sie überein mit dem, was für ähnliche Verhältnisse angenommen worden ist, z. B. im Bescheide des RVA. 2284. Amtl. Nachr. 1908 S. 660, in unserer Auskunft in ArbVers. 1917 Heft 9 S. 211 Ziff. 3, in einer Entsch. des Oberversicherungsamts Königsberg das. Heft 19 S. 439 und in dem Bescheide des RVA. das. Heft 22 S. 519. — Unbedenklich ist auch, was hinsichtlich der Versicherungspflicht des Geschäftsführers bemerkt ist. Als seine Arbeitgeber — Unternehmer des Betriebs — kommen die Gesellschafter, nicht die Gesellschaft in Betracht, da diese, nach ihrer rechtlichen Gestaltung, eigene Rechtspersönlichkeit nicht besitzt. Zu vgl. den erwähnten Bescheid 2284.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Teuerungsforderungen der Ärzte.

Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen gibt folgendes bekannt:

Die Kassenärzte fordern jetzt allerorten von den Krankenkassen Erhöhung ihrer Bezüge, meist um 25 oder 50 v. H. Sie begründen ihre Forderungen mit der Kriegsteuerung und dem Sinken des Geldwertes.

Ob die Kassen den Forderungen entgegenkommen können, hängt von dem allgemeinen Verhältnis der Ärzte zu ihnen und von dem geldlichen Stande der Kassen ab. Nach allgemein anerkannten Grundsätzen werden Teuerungszulagen dann gewährt, wenn die Erhöhung des Einkommens während des Krieges nicht ausreicht, um die Preissteigerungen großenteils auszugleichen.

Diesem Grundsatz müssen sich auch die Ärzte anpassen, wenn sie, gleich den Beamten, Teuerungszulagen fordern, obwohl sie im übrigen alle Vorteile eines freien Berufs für sich beanspruchen.

Eine schematische Erhöhung der Pauschsätze würde den wohlhabenden Ärzten unnötige Mehreinnahmen verschaffen, den wenig beschäftigten aber nichts helfen. Die Umfrage des Hauptverbandes über das Gesamteinkommen der Ärzte aus der Kassenpraxis hat ergeben, daß sich das Einkommen der Ärzte seit Kriegsbeginn wesentlich gesteigert hat. Etwa die Hälfte der Ärzte ist zum Heeresdienst eingezogen, so daß die in der Heimat verbliebenen über Praxis und Bezüge jener ebenfalls verfügen. Dazu kommen die Bezüge aus der Tätigkeit in Reservelazaretten, für die gemeindliche Kriegskrankenhilfe usw.

Einige Beispiele aus dem Ergebnis der Umfrage mögen genügen. Das Gesamteinkommen aus der Kassenpraxis betrug:

	Höchst bezahlter Arzt 1913	Höchst bezahlter Arzt 1916	Niedrig bezahlter Arzt 1913	Niedrig bezahlter Arzt 1916
Chemnitz	3 256 M	15 418 M	607 M	1 383 M
Freiberg	3 996 „	9 180 „	192 „	1 009 „
Karlsruhe	8 280 „	22 965 „	615 „	2 107 „
Leipzig	17 349 „	19 716 „	508 „	1 344 „
Lübeck	10 050 „	18 083 „	865 „	1 564 „
Metz	2 916 „	8 447 „	1 100 „	1 009 „
München	7 703 „	19 786 „	727 „	1 016 „
Straßburg	7 100 „	8 120 „	600 „	800 „
Stuttgart	10 907 „	16 505 „	799 „	1 336 „

Hieraus ergibt sich, daß die Kassen nur dort Erhöhungen zubilligen können, wo eine wesentliche Verschlechterung der Verhältnisse nachgewiesen wird. Zu diesem Zwecke müssen die Ärzte die Höhe ihres Gesamteinkommens vor dem Kriege und jetzt angeben. Wo einzugreifen ist, werden die Kassenvorstände sich nicht weigern; aber unbesehen jede Forderung der Ärzte zu erfüllen, ist unmöglich.

Angesichts der Steigerung aller Ausgaben werden die Kassen in Zukunft nur lebensfähig bleiben, wenn sie die ärztliche Tätigkeit nicht nach der Einzelleistung, sondern nach der Gesamtleistung jedes Arztes entschädigen. Die einzelnen Kassen sollten auch nicht mehr gesondert, vielmehr nur gemeinsam mit allen Kassen ihres Wirtschaftsgebiets mit den Ärzten verhandeln. Arztverträge sollten, wo angängig, von Kassenverbänden nach § 406 RVO., die zu diesem Zwecke zu bilden wären, geschlossen werden. Diese Kassenverbände sollen nicht mehr Ärzte zulassen, als sich aus dem Berliner Abkommen ergibt. Dabei müßte die ärztliche Vergütung aus der Pauschsumme nicht nach Einzelleistungen, sondern nach vorher festgesetzten Jahresbeträgen berechnet werden.

Ohne Vorprüfung durch den Hauptverband oder den zuständigen Unterverband sollte keiner Vereinbarung zugestimmt werden. Im übrigen werden die Krankenkassenhauptverbände in dieser Frage gemeinsam vorgehen und ihre Entschlüsse demnächst mitteilen.

Keine Rentenzulagen aus Reichsmitteln.

Die Bundesratsverordnungen vom 3. und 17. Januar 1917, die Zulagen zu den Invaliden-, Witwen- und Verletztenrenten festsetzen, (hier Heft 3 S. 52 und Heft 4 S. 70) haben bei den Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften Widerspruch gefunden, weil sie nicht das Reich, sondern die Versicherungsträger mit den Mehrausgaben belasten. Es sei in dieser Hinsicht auf die Protestversammlung in Leipzig am 19. Januar 1917 verwiesen, über die wir in Nr. 4 S. 74 einen Bericht brachten. Inzwischen hat der Reichstagsabgeordnete Dr. Stubmann die Angelegenheit zu einer „Kleinen Anfrage“ im Reichstag (Nr. 336, Reichstagsdrucksachen Nr. 1234) benutzt. Der Reichstag hat, so heißt es in derselben, am 11. Oktober 1917 einen Beschluß gefaßt, der die verbündeten Regierungen ersuchte, auf Grund des § 3 des Gesetzes über Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 eine Verordnung zu erlassen, wonach mit rückwirkender Kraft vom 1. Januar 1917 ab als Kriegsmaßnahme aus Mitteln der Kriegsfonds für die Jahre 1917 und 1918 ein Zuschlag gezahlt wird mit der Maßgabe, daß auf Grund der einschlägigen Gesetze die Invaliden-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten durch einen Zuschlag von 50 bzw. 20 und 33⅓ v. H. erhöht werden. — Nachdem die Anfrage den Inhalt der Verordnungen wiedergiebt, heißt es zum Schluß: Ist der Herr Reichskanzler bereit, darüber Auskunft zu erteilen, ob der oben erwähnte Beschluß des Reichstags, nach welchem die Erhöhung der Renten zu Lasten der Kriegsfonds für 1917 und 1918 vorgenommen werden sollte, damit zur Durchführung gelangt? Wenn nicht: Ist dem Herrn Reichskanzler bekannt, daß die Versicherungsträger, die selbst zum Teil durch den Krieg schwer betroffen sind, größtenteils nicht in der Lage sind, die geplante, auch in der beabsichtigten Form bedenkliche Belastung zu tragen, da diese für ihre Finanzwirtschaft von den nachteiligsten Folgen sein könnte? Ist der Herr Reichskanzler in Rücksicht hierauf bereit, eine nochmalige Beratung der vom Bundesrat beschlossenen Bekanntmachung vor ihrem Inkrafttreten im Reichstag zu veranlassen?

Der Reichskanzler — unterzeichnet Wallraf — hat darauf unterm 18. Januar 1918 (Reichstagsdrucksachen Nr. 1252) folgende Antwort erteilt:

„Die Belastung des Reichs mit den aus Anlaß des Krieges getroffenen Maßnahmen zur Linderung der Not unter den minderbemittelten Schichten der Bevölkerung ist bereits derartig hoch, daß nur aus den

dringlichsten Ursachen weitere Reichsmittel für diesen Zweck bereitgestellt werden können. Die Übernahme der Kosten einer erweiterten Fürsorge für Empfänger von Renten aus der Arbeiterversicherung auf das Reich allein war daher nicht möglich. An der Fürsorge sind deshalb die Versicherungsträger finanziell beteiligt worden, jedoch unter angemessener Schonung ihrer Vermögenslage.

Für das Gebiet der Invalidenversicherung ist durch die Bekanntmachung vom 3. Januar 1918 über die Gewährung von Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente aus der Invalidenversicherung (RGBl. S. 7) die Beteiligung der Versicherungsträger in der Weise vorgesehen, daß sie die vom Reiche für die Zeit vom 1. Februar 1918 bis zum 31. Dezember 1918 vorschußweise gezahlten Zulagen in Zehnteln während der Jahre 1919 bis 1928 erstatten. Das Reich erhält für die verauslagten Beträge, die sich voraussichtlich auf rund 100 Millionen Mark belaufen werden, keine Zinsen, so daß ihm aus der zinslosen Hergabe der Mittel ein Zinsverlust von etwa 25 Millionen Mark erwachsen wird.

Für das Gebiet der Unfallversicherung ist durch die Bekanntmachung vom 17. Januar 1918 über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung (RGBl. S. 31) für die Unfallverletzten, die eine Rente von ⅔ oder mehr der Vollrente beziehen, eine ähnliche Regelung getroffen worden; nur haben die Versicherungsträger in der Regel die — auch hier zinslosen — Vorschüsse des Reichs bei der nächsten Erstattung ihrer Versicherungsleistungen zu berücksichtigen; der Bundesrat kann jedoch für solche Berufsgenossenschaften, deren Vermögenslage zur Zeit wenig günstig ist, nach Anhörung des Reichsversicherungsamts die Frist für die Erstattung bis höchstens zum Jahre 1928 verlängern. Bei dieser Sachlage ist nicht beabsichtigt, eine nochmalige Beratung der vom Bundesrat beschlossenen Bekanntmachungen zu veranlassen.

Nach alledem ist kaum zu erwarten, daß das in der obenerwähnten Leipziger Versammlung beschlossene Vorgehen einen Erfolg haben wird.

Heilbehandlung und Krankheitsverhütung durch die Invalidenversicherung.

Trotz der durch die Kriegswirkungen bedingten großen Belastung der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten mit „Regelleistungen" sind diese doch auch bestrebt, die freiwilligen Mehrleistungen nach Möglichkeit auszubauen. Zu diesen gehören in erster Linie die Heilverfahren und die Aufwendung von Mitteln im Rahmen des § 1274 RVO. zu allgemeinen Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung. Was zunächst die Heilbehandlungen anbetrifft, so war allerdings die Zahl der in Fürsorge Genommenen in der letzten Friedenszeit größer. Im Jahre 1913 wurden 153 636 Versicherten Heilverfahren zuteil, und zwar 52 251 in ständigem Heilverfahren wegen Tuberkulose, 283 wegen Lupus und 49 421 wegen sonstigen Krankheiten und 51 681 in nichtständiger Heilbehandlung, worunter 49 500 wegen Zahnkrankheiten. Der Gesamtkostenaufwand stellte sich abzüglich der Erstattungen auf 26 Mill. Mark. Nach Ausbruch des Krieges wurden zahlreiche Heilstätten der Pflege der Kriegsverwundeten zur Verfügung gestellt, auch mangelte es nicht selten an den nötigen Heilpersonen wie Ärzten, Zahnärzten usw. Es ging deshalb zunächst die Zahl der Behandelten erheblich zurück. In den letzten beiden Jahren hat sie aber wieder stark zugenommen. Von 1915 zu 1916 stieg die Gesamtzahl der Behandelten von 79 475 auf 95 760 und der Gesamtkostenaufwand von 17 974 552 M auf 20 846 108 M. Besonders bemerkenswert ist, daß die Zahl der behandelten Frauen wesentlich zugenommen hat. So betrug im Jahre 1916 die Zahl der insgesamt behandelten Männer 38 988, die der Frauen aber 56 772. Zum ersten Male ist die Zahl der wegen Lungentuberkulose ständig behandelten Männer und Frauen annähernd gleich groß, während in den letzten Friedensjahren nur etwa halb soviel Frauen wie Männer behandelt worden waren. Auch bei den „anderen Krankheiten" ist die Zahl der Frauen bedeutend gestiegen, namentlich beim Zahnersatz (von 18 464 im Jahre 1915 auf 28 547 im Jahre 1916). Von den seit 1897 bis Ende 1916 überhaupt behandelten 1 460 359 Personen waren 576 691 (39,5 v. H.) an Lungen- und Kehlkopftuberkulose erkrankt. Auf ihre Behandlung entfallen etwa 64 v. H. der 339 Mill. Mark betragenden Gesamtausgaben für die Behandlungen.

Die Ergebnisse der Heilverfahren waren im allgemeinen auch im Jahre 1916 wieder günstig. Bei den sicher nachgewiesenen Fällen von Lungen- oder Kehlkopftuberkulose wurde in 87 v. H. ein Erfolg erzielt, bei den Lungentuberkuloseverdächtigen in 96 v. H. der Fälle, bei den Lupuskranken in 91 v. H., den sonstigen Kranken in 90 v. H. Von 25 641 Lungentuberkulösen sind 22 352 als erwerbsfähig und nur 3289 als invalide entlassen.

Die Aufwendungen der Versicherungsanstalten für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten usw. beliefen sich 1916, abgesehen von den durch den Krieg veranlaßten Ausgaben, auf insgesamt 1 564 716 M (gegen 1 422 798 M im Jahre 1915). Es seien hier besonders folgende Aufwendungen erwähnt: Bekämpfung der Tuberkulose 813 268 M (davon 626 453 M zur Errichtung und Unterhaltung von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke, 44 508 M für Walderholungsstätten, 28 072 M zur Errichtung von Heilstätten usw.), Gemeindekrankenpflege 447 765 M, Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs 70 135 M, der Geschlechtskrankheiten 53 081 M, des Lupus 1560 M, der Krebskrankheiten 3406 M. Es ragen hier besonders hervor die Landesversicherungsanstalten Berlin mit 203 669 M, Schlesien mit 180 365 M, Rheinprovinz mit 156 921 M, Hannover mit 90 243 M, Sachsen-Anhalt mit 78 164 M, Westfalen mit 66 199 M usw.

Zur Bekämpfung der infolge des Krieges drohenden gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schädigungen der Bevölkerung haben die Versicherungsträger im Jahre 1916 auf Grund des § 1274 RVO. insgesamt 18 687 136 M aufgewendet. Davon entfallen 4 686 352 M auf Unterstützungen an Gemeinden und Kreise (davon 2 057 136 M in Württemberg), 4 435 425 M auf Ehrengaben an Hinterbliebene von Kriegsteilnehmern, 4 288 112 M auf Kosten der Bereitstellung von Heilstätten für Zwecke der Kriegskrankenpflege nach Abzug der Ersatzleistungen, 528 449 Mark auf die Förderung der Kriegsversicherung, 1 515 090 M auf Unterstützungen an Vereine und Einrichtungen der Kriegswohlfahrtspflege, 356 378 M auf die Beschaffung warmer Unterkleidung und sonstiger Liebesgaben für das Feldheer, 312 135 M auf die Kriegsbeschädigtenfürsorge (davon 75 870 M in Westpreußen), 196 214 M an das Zentralkomitee

der Vereine vom Roten Kreuz usw. Von den einzelnen Versicherungsanstalten ragen besonders hervor Württemberg mit 3 034 846 M, Schlesien mit 2 414 842 M, Kgr. Sachsen mit 2 068 344 M usw. In den Jahren 1914 bis 1916 sind insgesamt 46 756 204 M für die Kriegswohlfahrtspflege aufgewendet worden.

Die Fürsorge für tuberkulöse und tuberkulosebedrohte Kinder ist weiter ausgebaut worden. Da Gesamtübersichten hierüber noch nicht vorhanden sind, führt das Reichsversicherungsamt in seiner Übersicht (Amtl. Nachr. 1917 S. 634) eine Reihe Einzelangaben aus den Geschäftsberichten der Versicherungsanstalten auf. Besonderes leisteten die Anstalten Westfalen (150 000 M Aufwendungen) Rheinprovinz (141 637 M). — Im Laufe des Berichtjahres 1916 wurden noch 1464 lungentuberkulöse Rentenempfänger auf Kosten der Versicherungsanstalten in geeigneten Anstalten verpflegt. Die meisten Rentenempfänger (474) hat, wie bisher, die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz untergebracht. — Das sind alles recht anerkennenswerte Leistungen.

Über Kriegs-Nervenleiden und ihre Behandlung

entnehmen wir aus einem Bericht der „Halbmonatsschr. f. soz. Hygiene u. prakt. Medizin" (1918 Nr. 1) über einen Vortrag des Professors Alt (Uchtspringe) folgendes:

Ausgehend von einer Besprechung der namentl. Ende der 80er und anfangs der 90er Jahre, nach Inkrafttreten der deutschen Unfallgesetzgebung, gehäuft aufgetretenen sogen. Unfallneurosen, entwickelt der Vortragende in klarer und überzeugender Weise die von den meisten deutschen Psychiatern und Nervenärzten geteilte Ansicht, daß auch bei den Kriegsneurosen einer etwa voraufgegangenen körperlichen Schädigung wenig Bedeutung zukomme, daß es sich vielmehr um seelisch bedingte, auf Vorstellungen zurückzuführende Krankheitserscheinungen, also um eine Psychoneurose handele. Sodann gab Vortragender eine kurz umrissene, aber plastisch wirkende Schilderung der während des Krieges so massenhaft zur Beobachtung gekommenen Hauptgruppen der Kriegsneurotiker, deren Leiden durch allerhand auffällige Krankheitszustände, Lähmungen oder Reizungen einzelner Nerven und Nervengruppen, durch Gehstörungen, Krämpfe und dergleichen der Umwelt aufdringlich und mitleidheischend entgegentritt. Die Epileptiker, Neurastheniker, sowie die durch Schilddrüsenstörung auch in ihrem Nervenleiden Erkrankten ließ der Vortragende unter Angabe des Grundes außer Betracht. Er schilderte die Gruppe der meist plötzlich taub und stumm, vielfach auch gleichzeitig taub und stumm Gewordenen, die ausnahmslos rasch zu heilen sind.

Besonders groß sei die Zahl der namentlich von Laien viel angestaunten und besonders bemitleideten „Zitterer", Wackler, Torkeler, deren Leiden so hochentwickelt sein könne, daß sie ständig zu Bett liegen, nicht allein essen und trinken können. Das anscheinend so schwere Leiden, auch wenn es noch so fest eingewurzelt scheine und schon länger bestehe, sei ausnahmslos in kurzer Zeit, vielfach in einer einzigen Sitzung zu beseitigen. Dasselbe gelte bezüglich der vielfach nach einer unbedeutenden und auch dem Sitz nach nicht in Betracht kommenden seelisch bedingten Lähmungen einer Hand, eines Beines, einer Körperhälfte, des Rückens usw. Auch Blasenstörungen ohne jedwede körperliche erklärende Ursache kommen häufig vor und sind schnell zu beseitigen. Groß sei auch die Zahl der mit seelisch ausgelösten Krampfleiden Behafteten, die in unkundiger Umgebung besonders angestaunt und immer wilder und wilder werden, in fachlicher Behandlung und Pflege gar bald wieder verblassen und aufhören.

Der Vortragende schildert sodann eingehend die hauptsächlichsten anderswo und an dem von ihm geleiteten Reservelazarett Uchtspringe angewandten Behandlungsmethoden, durch welche es gelinge, so gut wie ausnahmslos die sämtlichen, auch die allerschwersten und scheinbar eingewurzelten Symptome rasch zum Verschwinden zu bringen. Er bevorzuge eine schon von ihm vor 25 Jahren beschriebene und jetzt systematischer ausgebaute Behandlungsmethode, Psycho-Farado-Pädie, d. h. eine Heilerziehung unter psychischer Beeinflussung und Benutzung des faradischen Stroms.

Eine ganze Reihe überzeugender Diapositive und geradezu verblüffender Kinoaufnahme vor und nach der Behandlung wurden vorgeführt.

Zur Bekämpfung der Tuberkulose

bringt der Wiener „Arbeiterschutz" in seiner Nr. 1 von 1918 längere Ausführungen beachtenswerten Inhalts, in denen an der österreichischen und unmittelbar auch an der für Österreich bisher vorbildlich gewesenen deutschen Methode der Bekämpfung dieser Volkskrankheit Kritik geübt wird. Es wird u. a. ausgeführt:

„Bei der Bekämpfung der Tuberkulose haben die maßgebenden Faktoren das Hauptgewicht auf die Errichtung von großen und modernen Heilanstalten gelegt. Sie folgen hierin dem Beispiele Deutschlands, wo eine größere Anzahl solcher Anstalten in den letzten Jahren entstanden ist. Wir erachten diese Methode vom sozialpolitischen wie auch vom ökonomischen Standpunkte für verfehlt. Wir können uns hinsichtlich unserer finanziellen Mittel und auch unserer Produktionskräfte, soweit es sich um die zu treffenden Einrichtungen handelt, niemals mit Deutschland vergleichen. Deutschland hat bereits in Friedenszeiten Hunderte von Millionen Mark der Bekämpfung der Tuberkulose zugewendet, und z. B. bei einer Behandlung von 48 000 Personen nur für Verpflegekosten allein in einem Jahre 19 Millionen ausgegeben. Trotzdem konnten in Deutschland, wo etwa 16 000 Betten für Tuberkulöse im Vorjahre zur Verfügung standen, von den etwa 600 000 infektiös Lungenkranken, mit denen in Deutschland gerechnet wird, im ganzen nur etwa 65 000 in Heilanstalten untergebracht werden. Mehr als 500 000 blieben also in ihren Wohnungen, in den Fabriken usw. und verbreiteten die Tuberkulose weiter. Maßgebende Persönlichkeiten, wie Professor Geheimrat Puettner, v. Jaksch, Petruschky, v. Kutschera und viele andere haben diese Übelstände anerkannt. Sie alle bestätigten wiederholt, daß die Spesen, die der Ausbau von Heilanstalten und deren Betrieb erfordern, mit den sich ergebenden Leistungen in keinem Verhältnisse stehen. Für die großen Massen jener, die mit latenter, also zur Zeit nicht infektiöser Tuberkulose behaftet sind, wird verhältnismäßig viel zu wenig, speziell aber für die krankhaft veranlagte Jugend fast gar nichts getan.

So sehr man für modern eingerichtete große Lungenheilstätten eingenommen sein mag, so darf nicht übersehen werden, daß solche nur an einzelnen Stellen und in beschränkter Zahl errichtet und fortgeführt

werden können. Der Bau und die Einrichtung solcher Anstalten verschlingen unter den gegebenen Verhältnissen kolossale Summen, denn die Baumaterialien sind nur zu enorm hohen Preisen zu haben. Dazu kommen noch die großen Verkehrsschwierigkeiten und der Mangel an Nahrnugsmitteln. Wie will man unter diesen Umständen die Behandlung und Ernährung von hunderttausenden Tuberkulösen an einzelnen Stellen des Reiches durchführen? In den Heilanstalten kann doch nur ein kleiner Teil der Kranken untergebracht werden, die Sozialhygiene verlangt aber, daß alle Tuberkulösen ausnahmslos an allen Plätzen des Reiches möglichst ohne Berufsstörung in die Lage kommen, sich einer entsprechenden Behandlung zu unterziehen.

Ein weiterer Umstand, der dabei in Betracht kommt, ist der, daß bei dem System der großen Lungenheilanstalten nur eine kleine Anzahl von Ärzten in der Lage ist, bei der Bekämpfung der Tuberkulose mitzuwirken: bei dem System der zentralisierten Heilanstalten sind neun Zehntel der Ärzte von der Mitwirkung mehr oder weniger ausgeschaltet. Dies kann unmöglich dem großen Zwecke dienlich sein. Der Staat braucht Einrichtungen, durch die jeder Arzt in der Lage ist, die Lungenkranken seiner Umgebung einer gründlichen Behandlung zu unterziehen. Jeder Arzt kennt die lokalen Verhältnisse seines Bezirkes und genießt bei seinen Landsleuten, mit denen er ständig im Verkehre steht, auch das nötige Vertrauen; er kann in jedem einzelnen Falle die einzig richtigen Verfügungen treffen. Also nicht die Zentralisation in einigen wenigen Heilanstalten, sondern die Verteilung der Fürsorge auf das ganze Reichsgebiet ist notwendig. Um dies zu erreichen, müssen überall Fürsorgestellen errichtet werden.

Es wurde schon wiederholt darauf hingewiesen, daß die einzig richtige Anwendung der verfügbaren Geldmittel im gründlichen Ausbau und in der Erweiterung der bestehenden Krankenhäuser, resp. in der Errichtung der sogenannten „Heimatsheilstätten" für Tuberkulöse zu suchen ist. Die Krankenhäuser haben ihre eigenen ständigen Ärzte und geübtes Wartepersonal; sie haben ihre Küchen- und Wäschewirtschaft. Deshalb wäre es viel nützlicher und zweckentsprechender, für die vielen Millionen, die die Heilanstalten verschlingen, solche „Heimatsheilstätten" überall, wo die Vorbedingungen dafür vorhanden sind, einzurichten. Bei der Errichtung solcher dezentralisierter Heilstätten würden die Eltern für ihre Kinder — oder umgekehrt — dem Spitale im Notfalle ein Bett, die Wäsche und — wenn es sein muß, in manchen Fällen — auch die Ernährung für den Angehörigen beistellen, was bei den schwierigen Ernährungsverhältnissen nicht zu unterschätzen ist. Was die medizinische Seite anbelangt, wird man auch in diesem Falle die alten, bei Bekämpfung der Tuberkulose bewährten Methoden wie auch die neuen, allgemein verwendbaren Kampfmittel wirtschaftlich unter einer Regie allerorts ausnützen können. Durch diese dezentralisierten Einrichtungen soll nicht nur für die Schwerkranken eine ausgiebige Fürsorgeorganisation geschaffen werden, sondern auch für die Kranken im ersten und zweiten Stadium, besonders für die Jugendlichen. Soll die Bekämpfung der Tuberkulose Erfolg haben, dann müssen die Fürsorgeeinrichtungen allerort und bei allen infizierten Personen anwendbar sein. Die Behandlung der Schwerkranken in Heilanstalten und Spitälern und die zwangsweise Kasernierung der terziär Erkrankten, wie auch jener, die offene Tuberkulose haben, ist zwar der wichtigste Teil der Arbeit, aber nicht minder wichtig ist nach ärztlicher Anschauung, daß vor allem bei den Jugendlichen und bei den mit latenter Tuberkulose Belasteten sehr gründliche Bekämpfungs- und Evidenzmaßnahmen getroffen werden. Hier wäre speziell hervorzuheben, daß vom organisatorischen wie auch finanziellen Standpunkte vor allem darauf Wert gelegt werden muß, allerorts eine genaue Statistik über tuberkulös erkrankte Leute zu führen. Hierzu ist ein nicht hoch genug zu bewertender Schritt durch die Errichtung von Fürsorgestellen unbestreitbar getan worden. Auch hier wäre eine Zentralisierung nur eine unnütze Verschleppung der Arbeit. Die Errichtung von Fürsorgestellen muß länderweise geschehen; in allen Provinzen müßten die Kreisärzte oder die Bezirksärzte und, wenn notwendig, speziell hierzu bestimmte Ärzte allerorts unverzüglich Fürsorgeorganisationen in Angriff nehmen. . . . .

Wir müssen Einrichtungen treffen, die nicht einigen Tausenden, sondern Hunderttausenden und Millionen Heilbedürftigen helfen können. Der Staat wird in diesem Falle mit Geld nicht sparen und er wird sicher die doppelten Beträge gern zur Verfügung stellen, wenn er sieht, daß dem gemachten Aufwande der Erfolg entspricht. Jeder Sozialpolitiker wird es begrüßen, wenn anstatt der wenigen, modern ausgebauten teuren Heilanstalten jedes Krankenhaus im ganzen Reiche einen Zubau, eine Heimatsheilstätte für Tuberkulöse aufweisen wird. . . ."

Förderung der Ansiedlung von Versicherten durch die Landesversicherungsanstalten.

Hierüber führt das Reichsversicherungsamt in einem Runderlaß vom 14. November 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 630) folgendes aus:

Nach § 6 des preußischen Gesetzes zur Förderung der Ansiedlung vom 8. Mai 1916 (Gesetzsamml. S. 51) kann eine dem willkürlichen Kündigungsrechte des Gläubigers entzogene Abtragshypothek einer Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen Rechts auch im Range vor der Rentenbankrente im Grundbuch eingetragen werden. Den Landesversicherungsanstalten bietet sich hierdurch die Möglichkeit, den Erwerb eigenen ländlichen Besitzes kleineren Umfanges unter den Versicherten zu fördern, ohne daß diese große Barmittel aufwenden müssen, und ohne daß die Beleihungsgrenze für die geldgebende Landesversicherungsanstalt zu hoch wird. Diese Aufgabe verdient namentlich im Hinblick auf die Volksgesundheit und das ihr dienende Bestreben, den Kriegsteilnehmern eigenen ländlichen Besitz zu verschaffen, Unterstützung auch seitens der Landesversicherungsanstalten. Die Landesversicherungsanstalt Hannover hat sich schon bereit erklärt, auf der Grundlage des § 6 des Gesetzes vom 8. Mai 1916 Darlehen auf Rentengüter zu gewähren. Die daran geknüpften Bedingungen dieser Landesversicherungsanstalt beziehen sich — abgesehen von dem Vorrecht des Darlehns vor der Rentenbankrente — namentlich auf einen begrenzten Umfang der Rentengüter, bei dem diese noch ganz oder hauptsächlich ohne fremde Arbeitshilfe bewirtschaftet werden können, auf eine Begrenzung der Summe des Schätzungswerts, auf einen Höchstbetrag des zu gewährenden Darlehns und ein bestimmtes Verhältnis zwischen dem Betrage des Darlehns der Landesversicherungsanstalt und dem Rentenbriefkapital und auf bestimmte versicherungsrechtliche Beziehungen des

Rentengutsnehmers zur Landesversicherungsanstalt. Die Landesversicherungsanstalt Hannover hat mit der Königlichen Generalkommission ihres Bezirkes Vereinbarungen getroffen wegen der Vermittlung von Darlehnsgewährungen im Rentengutsverfahren bis zu einem im Kalenderjahr zu erreichenden Höchstbetrage.

Das Reichsversicherungsamt gibt den übrigen für den Geltungsbereich des Gesetzes vom 8. Mai 1916 in Betracht kommenden Landesversicherungsanstalten hiervon Kenntnis zur gefälligen Erwägung, ob auch in ihren Bezirken die Rentengutserrichtung auf dem gleichen Wege zu unterstützen ist (zu vgl. auch Delius, „Das preußische Rentengut oder wie kann man ohne große Barmittel zu einem eigenen ländlichen Besitz mittleren und kleineren Umfanges gelangen"? 4. Aufl., Deutsche Landbuchhandlung G. m. b. H., 1917 S. 12, 13, 26 ff.).

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Zusammensetzung des Prüfungsausschusses für die Jahresrechnung bei Krankenkassen.

1. **Nach Nürnberg.** Frage: Behufs Prüfung der Jahresabrechnung haben wir bisher einen aus drei Personen bestehenden Rechnungsausschuß gewählt, der aber nicht aus Vertretern des Hauptausschusses, sondern teilweise aus Kassenmitgliedern und teilweise aus nicht im Betriebe der Firma Beschäftigten bestand. Nach § 65 Abs. 2 unserer Satzung hat der Rechnungsausschuß aus drei Mitgliedern zu bestehen. Der Begriff „Mitglieder" kann nach drei Seiten ausgelegt werden: 1. sind die Personen einer Kommission an und für sich Mitglieder, sie brauchen nicht noch Mitglieder jener Körperschaft zu sein, von der sie aufgestellt wurden; 2. können es Mitglieder der Kasse, aber nicht des Hauptausschusses sein und 3. können es nur Mitglieder sein, die dem Hauptausschuß angehören. — Die Aufsichtsbehörde beanstandet unsere Handhabung und ordnet an, daß die Mitglieder des Rechnungsausschusses aus dem Hauptausschuß zu wählen seien, wobei sich das Amt auf den Kommentar zu den Wahlordnungen für Krankenkassen von Kleeis S. 27 bezieht. Wir bitten daher um Auskunft, nach welcher Art die Wahl des Prüfungsausschusses vorzunehmen ist.

Antwort: Die Abnahme und folglich auch die Prüfung der Jahresrechnung ist nach § 345 Abs. 2 Ziff. 2 dem Ausschuß der Kasse vorbehalten. Wenn daher die Satzung bestimmt, daß der Vorstand die von ihm geprüfte Rechnung „dem Rechnungsausschuß, der aus drei Mitgliedern besteht" und demnächst mit den Erinnerungen des Rechnungsausschusses dem Ausschuß vorzulegen hat (zu vgl. Mustersatzung für allgem. OKK. § 96; für BetrKK. § 70), so nehmen wir an, daß dieser Rechnungsausschuß vom Ausschuß, dem die Prüfung obliegt, bestellt werden soll, weil die sachgemäße und gewissenhafte Prüfung aller Einzelheiten nicht wohl von der Vollversammlung, sondern nur von einer Kommission des Ausschusses durchgeführt werden kann, so daß die Überprüfung durch den Gesamtausschuß sich dann auf die erhobenen, nicht erledigten Erinnerungen beschränkt. Demgemäß nehmen wir auch an, daß die „drei Mitglieder" der Kommission aus der Mitte des Ausschusses zu wählen sind, was nicht ausschließt, daß diese im Bedarfsfalle Sachverständige, die nicht dem Ausschuß angehören brauchen, zuziehen können. Zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 345 Ziff. 2 RVO.

Keine Abmeldung der nach § 418 RVO. von der Versicherungspflicht Befreiten beim Austritt aus der Beschäftigung.

2. **Nach Osterholz.** Antwort: Nach § 317 RVO. hat der Arbeitgeber jeden von ihm Beschäftigten an- und abzumelden, „der zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse verpflichtet ist". Dies trifft aber nicht für einen Arbeitnehmer zu, der gemäß § 418 RVO. von der Versicherungspflicht befreit ist. Er ist infolge der Befreiung nicht Mitglied der Kasse, braucht daher auch nicht abgemeldet zu werden, wenn das Beschäftigungsverhältnis endet.

a) Zur hausgewerblichen Krankenversicherung nach § 488 RVO. b) Berücksichtigung der Teuerungszulagen bei der Frage der Versicherungsberechtigung. c) Versicherungspflichtige Beschäftigung der Tochter beim Vater. d) Zur Strafanzeige wegen § 530 RVO. bedarf es keines Vorstandsbeschlusses.

3. **Nach B.** Antwort: a) Die uns vorgelegte Kreissatzung über die hausgewerbliche Krankenversicherung ist vor dem Kriege auf Grund des § 488 RVO. aufrecht erhalten. Auch diese statutarische Regelung ist durch § 3 Abs. 1 des Notgesetzes v. 4. 8. 14 (ArbVers. 1914 S. 569) außer Kraft gesetzt, wenn sie nicht gemäß Abs. 2 a. a. O. auf Antrag des Gemeindeverbandes und des Kassenvorstandes mit Genehmigung des Oberversicherungsamts in Kraft gelassen worden ist (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1914 S. 571). Unter der Voraussetzung, daß dies geschehen ist, legen wir den § 8 der Kreissatzung in Übereinstimmung mit Ihnen dahin aus, daß für die Versicherung der Hausgewerbetreibenden besondere Bestimmungen nur insoweit gelten, als die Kreissatzung solche besondere Bestimmungen enthält, während im übrigen „die entsprechenden Bestimmungen der Satzung der zuständigen allgemeinen Ortskrankenkasse" gelten, nämlich die auf Grund der allgemeinen Vorschriften der RVO. erlassenen Satzungsbestimmungen. Der Grundlohn also bestimmt sich nach § 180 RVO., nicht nach §§ 181, 480 Abs. 2. Der § 315 RVO. gilt auch für die Haus-

gewerbtreibenden und ihre Beschäftigten. Zu den „hausgewerblich Beschäftigten" im Sinne der Kreissatzung gehören an sich alle vom Hausgewerbtreibenden gegen Entgelt in unselbständiger Stellung beschäftigte Hilfspersonen, wie sich besonders aus § 1 Abs. 2, § 3 Abs. 3 der Satzung ergibt (vgl. auch Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 466 RVO.). Soweit aber die Kreissatzung hinsichtlich dieser Personen nichts besonderes bestimmt, gelten für sie die allgemeinen Vorschriften der RVO. und der Kassensatzung über gewerbliche Arbeiter.

b) Teuerungszulagen, die in regelmäßiger Wiederkehr gezahlt worden sind, sind dem Entgelt (§ 160 RVO.) und folglich auch dem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst (§ 165) zuzurechnen (vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 566, 816). Wenn das richtig ist, so ist kein Grund vorhanden, weshalb solche Zulagen bei der Berechnung des für die Versicherungsberechtigung maßgebenden jährlichen Gesamteinkommens (§§ 176, 314 Abs. 2) außer Betracht bleiben sollten.

c) Die Rechtslage ist nicht zweifelhaft. Wenn das siebzehnjährige Mädchen seit dem Tode der Mutter den Haushalt des Vaters und ihre jüngeren Geschwister versorgt, so ist zu vermuten, daß sie dies auf Grund ihrer familienrechtlichen Pflicht tut und auf Grund entsprechender Pflicht des Vaters Unterhalt empfängt. Es müßten besondere Umstände vorliegen, um die Annahme eines wirklichen Lohnarbeitsverhältnisses und folglich der Versicherungspflicht zu rechtfertigen. Solche Umstände sind nicht ersichtlich, abgesehen von der angeblichen Vereinbarung eines baren Jahreslohnes von 200 *M*. Die hierüber vorliegenden widersprechenden Aussagen der Tochter und ihre Kränklichkeit legen aber den Verdacht sehr nahe, daß die angebliche Vereinbarung lediglich zum Schein und in der Absicht, die Vorteile der Krankenversicherung zu erlangen getroffen worden ist. Dann bleibt sie selbstverständlich für die rechtliche Beurteilung außer Betracht. Es handelt sich also um eine Tatfrage, über die wir nicht abschließend urteilen können. Es wird auf Beweiserhebungen über diese Frage ankommen.

d) Die Strafe wegen Verletzung der Meldevorschriften aus § 530 RVO. kann auch von Amts wegen verhängt werden, wenn das Versicherungsamt von dem Tatbestande Kenntnis erlangt. Die Unterbreitung des Tatbestandes — die Anzeige — kann daher von einer beliebigen Person ausgehen. Keinesfalls bedarf es hierzu eines förmlichen Vorstandsbeschlusses.

Durch die Dienstordnung kann die gemeinsame Verwaltung zweier Krankenkassen nicht geregelt werden.

4. **Nach X.** Antwort: Aus der Anfrage entnehmen wir, daß die Landkrankenkasse und die Allgemeine Ortskrankenkasse „in einem Raum zusammen verwaltet werden", ohne daß für beide Kassen ein Verband (§ 407 Ziff. 1 RVO.) besteht. Mit Recht erheben Sie Bedenken gegen die Gültigkeit des vom Vorstande der Landkrankenkasse in die Dienstordnung aufgenommenen § 30, und es sollte uns wundern, wenn diese Bestimmung etwa vom Oberversicherungsamt genehmigt sein sollte (§ 355 Abs. 3 RVO.). Durch die Dienstordnung können nur die Rechte und Dienstverhältnisse der Angestellten der einzelnen Kasse (§§ 352, 353), nicht aber das Verhältnis der beiden gemeinsam verwalteten Kassen zueinander geregelt werden. Das kann nur entweder im Wege der Verbandsbildung oder durch besonderen Vertrag geschehen. Ebenso ungültig ist die Bestimmung der Dienstordnung, daß Anstellung und Entlassung der Angestellten nur mit Genehmigung des Vorstandes der Ortskrankenkasse zulässig, ferner daß der Vorsitzende der Landkrankenkasse befugt sein soll, bezüglich der Dienstordnung den Vorsitzenden der Allgemeinen Ortskrankenkasse mit seiner Vertretung zu beauftragen. Keine Kasse darf in solcher Weise ihr eigenes Selbstbestimmungsrecht von den Entschließungen einer anderen Kasse abhängig machen, und die Bestimmung über die Vertretung des Vorsitzenden verstößt überdies gegen die §§ 330, 331.

Anspruch auf Waisenaussteuer trotz Wiederverheiratung der Mutter.

5. **Nach D.** Antwort: Der Anspruch auf Waisenaussteuer aus § 1252 RVO. bleibt bestehen, auch wenn die Mutter der Waise wieder heiratet. Denn diese letztere erwirbt durch die neue Ehe keinen Anspruch auf Unterhalt gegen den Stiefvater, der lediglich verpflichtet ist, seiner Frau, d. h. der Mutter der Waise, Unterhalt zu gewähren. Die wirtschaftliche Lage der Waise wird also rechtlich durch die Wiederverheiratung der Mutter nicht verbessert. Demgemäß enthalten die Vorschriften über „Wegfall der Leistungen" (§§ 1298—1303) keine Bestimmung, die die Versagung der Waisensteuer im Falle der Anfrage rechtfertigen könnte.

Unterstützung der Ehefrau eines zum Heeresdienst eingezogenen Angestellten durch die Kasse.

6. **Nach Str.** Antwort: Die Ehefrau des zum Heeresdienst eingezogenen Kassenangestellten hat überhaupt keinen selbständigen Anspruch auf irgendeine Leistung der Kasse. Was ihr die Kasse bisher allmonatlich gezahlt hat, ist als eine dem Angestellten gewährte Leistung anzusehen, welche die Kasse noch über den in der Dienstordnung vorgesehenen Anspruch des Angestellten hinaus gewährt hat. Nach strengem Rechte (§ 363 RVO.) würde man die Verwendung von Kassenmitteln zu solchen Unterstützungen für unzulässig ansehen müssen. Auf Grund von allgemein menschlichen und patriotischen Erwägungen, denen sich auch die Verwaltung der Kasse nicht wohl entziehen kann, wird man aber die Unterstützung in gewissen Grenzen als zweckmäßig aufgewendete Verwaltungskosten gelten lassen können, und es dürfte daher auch im Aufsichtswege nichts dagegen einzuwenden sein, wenn die Kasse die bisher gezahlte monatliche Unterstützung, die sich doch in recht mäßigen Grenzen hält, noch eine Zeitlang weiterzahlt. Dagegen ist es ausgeschlossen, daß die Kasse hierzu von der Aufsichtsbehörde angehalten werden könnte, weil es sich eben nicht um eine Pflichtleistung, sondern um eine nur durch das freie, billige Verwaltungsermessen der Kasse zu rechtfertigende Ausgabe handelt. Eine Vorschrift, wonach für die Bewilligung einer solchen Ausgabe getrennte Abstimmung oder die Genehmigung des Oberversicherungsamts erforderlich wäre, besteht nicht. Die Zustimmung des Ausschusses oder seine nachträgliche Genehmigung ist aber im Hinblick auf § 345 Abs. 2 Ziff. 1 RVO. erforderlich.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Kroschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1202 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 11. März 1918 | Heft 8

Über Zahnkrankheiten von Krankenkassenmitgliedern (mit besonderer Rücksicht auf preußische Bestimmungen).

Von Oberregierungsrat Dr. Behrend in Danzig.

I. Die die Behandlung ausübenden Personen.

Die grundlegenden Bestimmungen über die Behandlung von Zahnkrankheiten der Kassenmitglieder enthalten die §§ 122, 123 RVO., welche in ihrer hierfür in Betracht kommenden Fassung lauten:

§ 122. Die ärztliche Behandlung im Sinne dieses Gesetzes wird durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte (§ 29 der Gewerbeordnung) geleistet. Sie umfaßt Hilfeleistungen anderer Personen, wie Bader, Hebammen, Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure u. dgl. sowie Zahntechniker, nur dann, wenn der Arzt (Zahnarzt) sie anordnet, oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt (Zahnarzt) zugezogen werden kann.

§ 123. Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung außer durch Zahnärzte mit Zustimmung des Versicherten auch durch Zahntechniker gewährt werden. Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt, wieweit auch sonst Zahntechniker bei solchen Zahnkrankheiten selbständige Hilfe leisten können. Sie kann bestimmen, wieweit dies auch Heildiener und Heilgehilfen tun könnnen. Sie bestimmt ferner, wer als Zahntechniker im Sinne dieses Gesetzes anzusehen ist.

a) Verhältnis der Zahnärzte zu den Zahntechnikern. Der Wortlaut läßt eine scharfe Trennung zwischen den Leistungen der Ärzte und Zahnärzte einerseits, denen der Zahntechniker andererseits erkennen. Denn während die Leistungen der ersteren beiden nach § 122 schlechthin zur ärztlichen Behandlung gehören, tun dies die Hilfeleistungen der Zahntechniker regelmäßig nur dann, wenn der Arzt (Zahnarzt) sie anordnet, oder wenn ein dringender Fall vorliegt und kein Arzt (Zahnarzt) zugezogen werden kann. Eine Ausnahme von dieser Regel stellt § 123 auf, wenn er bei Zustimmung des Versicherten es für zulässig erklärt, daß die eigentliche Behandlung von Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten auch durch Zahntechniker gewährt werden darf, und der obersten Verwaltungsbehörde das Recht gibt, zu bestimmen, wieweit auch, mangels dieser Zustimmung, Zahntechniker bei solchen Zahnkrankheiten selbständig Hilfe leisten können. — Wer als Zahntechniker anzusehen ist, bestimmt gleichfalls die oberste Verwaltungsbehörde. Die Entstehungsgeschichte der beiden Paragraphen ist eingehend dargestellt bei Stier-Somlo, Kommentar zur RVO. Bd. I S. 179 ff., 184 ff., sowie bei Hanow, Kommentar Bd. I S. 254 ff., 259 ff. Für Preußen ist die der obersten Verwaltungsbehörde in § 123 RVO. vorbehaltene Bestimmung erfolgt durch den Erlaß des Ministers des Innern vom 2. Dezember 1913 (HMBl. S. 638, ArbVers. 1914 S. 38). Danach können Zahntechniker ohne Zustimmung des Versicherten für Rechnung einer Krankenkasse selbständige Hilfe leisten, wenn nach der Entscheidung des Oberversicherungsamts die Voraussetzungen des § 370 RVO. bezüglich der Zahnärzte

vorliegen, oder wenn die zahnärztliche Versorgung der Kassenmitglieder durch den Mangel an Zahnärzten so erschwert ist, daß die Beschränkung auf die Zahnärzte den berechtigten Anforderungen der Erkrankten nach der Entscheidung des Versicherungsamts nicht entsprechen würde. Das Versicherungsamt hat vor seiner Entscheidung den Kreisarzt zu hören. Bemerkt wird hierzu, daß § 370 RVO. an sich auf Zahnärzte keine Anwendung findet (Erlaß der Minister für Handel und Gewerbe, für Landwirtschaft und des Innern vom 2. Dezember 1913 HMBl. S. 621, ArbVers. 1914 S. 38), so daß die in erstgenanntem Erlaß vorgesehene Entscheidung des Oberversicherungsamts in einem besonderen Verfahren zu erfolgen haben wird. — Der genannte Erlaß bestimmt ferner, daß als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen ist, wer

a) das 25. Lebensjahr vollendet hat und unbescholten ist,

b) eine dreijährige Lehrzeit bei einem Zahnarzt oder einem zuverlässigen Zahntechniker durchgemacht hat,

c) nach der Lehrzeit 4 Jahre als behandelnder Zahntechniker im Hauptberuf tätig gewesen ist,

d) das Gewerbe des Zahntechnikers im Hauptberuf ausübt, sofern nicht Tatsachen vorliegen, die seine Unzuverlässigkeit in bezug auf das Zahntechnikergewerbe dartun.

In dem Zeitraum von 5 Jahren nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bedarf es des Nachweises der ordnungsmäßigen Lehrzeit (zu b) nicht für Zahntechniker, die dieses Gewerbe mindestens während der letzten 5 Jahre selbständig im Hauptberuf ausgeübt haben. Weitere Bestimmungen regeln das Verfahren über die Zulassung der Zahntechniker.

Die Zahntechniker bezeichnen sich selbst mit Vorliebe als „Dentisten". In der Zahnärztlichen Fach-Presse werden sie durchweg „Zahnbehandler" genannt. Im amtlichen Verkehr sind sie ausschließlich als Zahntechniker zu bezeichnen (Erlaß der Minister für Handel und Gewerbe und des Innern vom 11. Mai 1914 HMBl. S. 248, ArbVers. 1914 S. 424).

In einer Flugschrift „Wer ist berufen, die Zähne des deutschen Volkes zu behandeln?" (Verlag Th. Schatzky G. m. b. H., Breslau) haben die Zahntechniker die unrichtige Behauptung aufgestellt (vgl. Baden, Sonder-Abdruck aus der „Deutschen zahnärztlichen Wochenschrift" Schmitz u. Bukofzer, Berlin, Jahrg. 17 Nr. 9 1914), Krankenkassenmitglieder könnten auf Wunsch Hilfe bei Dentisten erlangen. Einer solchen Irreführung tritt ein Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 15. Juni 1914 (HMBl. S. 339, ArbVers. 1914 S. 521) entgegen, der in Erläuterung des oben mitgeteilten Runderlasses vom 2. Dezember 1913 ausführt, es sei irrig, anzunehmen, daß auch dort, wo die Voraussetzungen des Erlasses nicht vorlägen, wo insbesondere die Zahl der vorhandenen Zahnärzte für die zahnärztliche Versorgung der Kassenmitglieder ausreiche, Zahntechniker zur Behandlung der Kassenmitglieder zugezogen werden müßten. Die Auffassung von Hanow (a. a. O. Anm. 3 zu § 123) bedarf hiernach der Berichtigung.

Wir haben oben gesehen, welche geringen Anforderungen in Preußen an die Personen gestellt werden, die im Sinne der RVO. als Zahntechniker anzusehen sind. Insgesamt betreiben in Deutschland nach Baden „Heilwesen und Gesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung der Zahnkrankheiten und des Zahnkurpfuschertums, Berlin, Schmitz u. Bukofzer 1914" rund 8000 Personen das Gewerbe als Zahnbehandler ohne Approbation. Die Zahl der approbierten Zahnärzte beträgt rund 4000. Von ersteren entstammen 70 v. H. dem Barbiergewerbe, 20 v. H. dem Zahntechnikergewerbe und 10 v. H. allen möglichen Gewerben, in denen sie keine Existenz gefunden haben. Über ihre für ihre spätere Tätigkeit völlig ungenügende

allgemeine Vorbildung, über die bei einzelnen von ihnen vorhandene moralische Minderwertigkeit, über die Unzulänglichkeit ihrer Fachausbildung und über die schweren durch Außerachtlassung der erforderlichen Reinlichkeit und Vorsicht, wie durch die mangelhaften Kentnisse herbeigeführten Schädigungen ihrer Patienten befinden sich bei Baden ebenso eingehende, wie niederschmetternde Feststellungen. Sehr beachtenswerte Ausführungen hierüber bringt auch die kleine Schrift von Professor Pfaff, Leipzig, „Regierung, Volksvertretung und Zahnheilkunde“ (Berlin, Schmitz u. Bukofzer). Die Mehrzahl unter diesen 8000 Zahnbehandlern dürfte den Anforderungen des preußischen Ministers des Innern an Zahntechniker im Sinne der RVO. genügen. Daß die in Elsaß-Lothringen für sie eingeführte Prüfungsordnung einen nennenswert günstigen Erfolg gehabt hätte, wird besonders von Pfaff durchaus bestritten. — Verkannt soll nicht werden, daß zu den Zahntechnikern im Sinne des preußischen Ministerial-Erlasses vom 2. Dezember 1913 eine nicht unerhebliche Anzahl von Personen gehört, die ihrer Fachausbildung nach den approbierten Zahnärzten völlig gleichwertig sind. Es gibt fast in allen größeren Städten eine Anzahl von Männern, die ihre wissenschaftliche zahnärztliche Ausbildung, um den in Deutschland für die Ergreifung des Berufes gestellten gesetzlichen Anforderungen (Zeugnis der Reife eines deutschen Gymnasiums, eines deutschen Real-Gymnasiums oder einer deutschen Ober-Realschule) zu entgehen, im Auslande, hauptsächlich in Amerika, erworben, dort auch die vorgeschriebenen Prüfungen erledigt haben und wissenschaftlich auf der Höhe der in Deutschland approbierten Zahnärzte stehen. Sie gelten gleichwohl bei uns gesetzlich nur als Zahntechniker. Auch wenn sie bereit wären, sich in Deutschland den für Zahnärzte vorgeschriebenen beiden Prüfungen zu unterziehen, könnten sie zu diesen erst zugelassen werden, wenn sie vorher durch Ableistung der erwähnten Reifeprüfungen ihre allgemeine wissenschaftliche Vorbildung nachgewiesen hätten. Zweifellos bedeutet dieser Zustand für die betreffenden Herren eine Härte. Aber ihr abzuhelfen wird schwer sein, da, wollte man ihnen die Erwerbung der Eigenschaft eines Zahnarztes erleichtern, es in jedem einzelnen Falle einer eingehenden Prüfung bedürfen würde, ob die von dem betreffenden Bewerber durchgemachte fachwissenschaftliche Ausbildung der für den deutschen Zahnarzt vorgeschriebenen gleichwertig ist.

Die überwiegende Mehrzahl der Zahntechniker wird von den Zahnärzten als Zahnkurpfuscher angesehen. Die Zahnärzte führen gegen sie den gleichen erbitterten Kampf, wie die Ärzte gegen die Kurpfuscher in der allgemeinen Heilkunde. Liest man die überzeugenden Ausführungen von Baden und Pfaff, so wird man in diesem Kampf auf die Seite der Zahnärzte treten müssen, ohne Rücksicht darauf, daß die Zahntechniker sich bei der großen Menge ihrer Kunden häufig großer Beliebtheit erfreuen. Insonderheit ziehen bekanntlich häufig Krankenkassenmitglieder den ihnen sozial näherstehenden Zahntechniker dem ihnen gesellschaftlich vielfach überlegenen Zahnarzt vor. Diese Tatsache darf aber nicht ausschlaggebend sein. Gerade im wohlverstandenen Interesse unserer Kassenpatienten wäre zu wünschen, daß bei einer Novelle zur RVO. die jetzt in ihr den Technikern noch belassenen Fälle selbständiger Behandlung völlig schwänden, und sie auf die ihnen allein gebührende Tätigkeit als zahnärztliche Heilgehilfen beschränkt würden.

b) Das Verhältnis der Ärzte zu den Zahnärzten bei Behandlung von Zahnkrankheiten wird durch das Wörtchen „auch“ im ersten Satze des § 122 RVO. bestimmt. Wenn der Satz ausspricht, daß die ärztliche Behandlung durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte geleistet wird, so stellt er hinsichtlich der Behandlung der Zahnkrankheiten Ärzte und Zahnärzte gleich. Demgemäß bestimmt für Preußen ein Erlaß

des Ministers des Innern vom 15. Dezember 1914 (HMBl. 1915 S. 10, ArbVers. 1915 S. 59), die approbierten Ärzte seien zur Behandlung von Zahnkrankheiten neben den Zahnärzten unbeschränkt berufen. Die Bestimmung des § 374 RVO., laut welchem § 368 für die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Zahnärzten entsprechend gelten, legt der Erlaß dahin aus, daß eine Verpflichtung der Kassen zum Abschluß von Verträgen mit Zahnärzten grundsätzlich nur in gleichem Umfange bestehe wie hinsichtlich der Spezialärzte. Eine Verpflichtung zum Abschluß von Verträgen mit Zahnärzten erkennt der Erlaß dann nicht an, wenn nach den örtlichen und persönlichen Verhältnissen ohne Verträge mit Zahnärzten eine genügende ärztliche Behandlung gesichert erscheint und fährt dann fort: „Da die konservative Zahnheilkunde und Zahntechnik nicht Gegenstand der ärztlichen Prüfung ist, so wird es wesentlich darauf ankommen, ob die in Frage kommenden approbierten Ärzte überhaupt Kenntnis der Zahnheilkunde besitzen und Neigung zeigen, sie auszuüben. Dies wird auf dem flachen Lande und in kleinen Städten im allgemeinen häufiger zutreffen, als in Großstädten." Ein gemeinsamer Erlaß der preußischen Minister für Handel, für Landwirtschaft und des Innern vom 14. April 1915 (HMBl. S. 109, ArbVers. 1915 S. 345) wiederholt die ersten Ausführungen des Erlasses vom 15. Dezember 1914 und zieht aus ihnen die nachstehenden Folgerungen: Kassen, die nur mit Ärzten oder mit Ärzten und gleichzeitig mit Zahnärzten einen Vertrag über die Behandlung ihrer zahnkranken Mitglieder abgeschlossen haben, brauchen die Behandlung durch einen Zahnarzt, ebenso wie durch einen anderen Spezialarzt, nur zu gewähren, wenn der Kassenarzt die Notwendigkeit bescheinigt. Wenn aber eine Kasse über die Behandlung ihrer zahnkranken Mitglieder nur mit einem Zahnarzt einen Vertrag geschlossen hat, kann sie nicht verlangen, daß die Inanspruchnahme des Zahnarztes von der vorausgegangenen Bescheinigung der Notwendigkeit durch den Kassenarzt abhängig gemacht wird.

Den Versuch des Danziger Zahnarztes Neumann, eines eifrigen Vorkämpfers für die Interessen der Zahnärzte, zu beweisen, daß das Wörtchen „auch" im ersten Satze des § 122 auf ein Versehen des Gesetzgebers zurückzuführen sei (vgl. Sonder-Abdruck aus den „Zahnärztlichen Mitteilungen", Max Steinbach, München Nr. 16 und 17 vom 26. August und 5. September 1915), halte ich für mißlungen. Er folgert dies aus der Tatsache, daß es im ersten Satze des § 123 nicht heißt „außer durch Ärzte und Zahnärzte", sondern nur „außer durch Zahnärzte". Aber dieser scheinbare Mangel an Übereinstimmung mit § 122 hat wohl seinen Grund darin, daß in § 123 die Behandlungsgrenze der Zahntechniker festgelegt werden soll, und es ausreichend erschien, ihr das weitere Behandlungsgebiet der Zahnärzte gegenüberzustellen. Auch was Neumann a. a. O. gegen die beiden erwähnten Erlasse und im Blatt 2 der „Zahnärztlichen Mitteilungen von 1915" gegen den ersteren von ihnen anführt, erscheint mir nach Lage des Gesetzes nicht beweiskräftig. Vielmehr muß anerkannt werden, daß die Erlasse dem § 122 RVO. nicht widersprechen, sondern nur die sich bietende Schlußfolgerung aus dessen Wortlaut ziehen. Sie kommen hierbei freilich zu einem Ergebnis, das dem Wortlaut der §§ 368, 374 zu widersprechen scheint. Dies erklärt sich dadurch, daß der Gesetzgeber es unterlassen hat, darauf hinzuweisen, daß § 374 für § 368 nur soweit gilt, als der Abschluß von schriftlichen Verträgen mit Zahnärzten überhaupt verlangt werden kann, was eben nur in dem vom Minister des Innern angegebenen Umfange der Fall ist. — Auf die in des letzteren Erlaß vom 15. Dezember 1914 enthaltene, oben wörtlich wiedergegebene Ausführung wird noch weiter unten einzugehen sein.

Das Reichsversicherungsamt ist inzwischen in einer grundsätzlichen Entscheidung vom 31. Januar 1916 (2174 Amtl. Nachr. S. 422, ArbVers. 1916 S. 517) der Auffassung der

Ministerial-Instanz beigetreten, indem es den Grundsatz ausgesprochen hat: „Gewährt eine Krankenkasse bei Zahnkrankheiten die ärztliche Behandlung durch approbierte Ärzte, so darf sie die Bezahlung approbierter Zahnärzte, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen." Das Oberversicherungsamt Danzig hatte in seinem Überreichungsbeschluß den Klageanspruch für begründet gehalten und sich zur Rechtfertigung auf die Entscheidungen des Amtsgerichts Marienburg und des Landgerichts Elbing vom 1. Dezember 1914 und 6. Juni 1915 in Sachen Zahnarzt Kupke gegen die Allgemeine Ortskrankenkasse zu Marienburg (abgedruckt in Nr. 21 der „Zahnärztlichen Mitteilungen von 1915" S. 351 ff.) berufen, in deren ersterer der Grundsatz ausgesprochen wird, Kassenmitgliedern stehe allgemein, wenn ihnen kein Vertragszahnarzt zur Verfügung gestellt werde, das Recht zu, bei Zahnkrankheiten unter Übergehung eines praktischen Arztes sich sofort an einen Zahnarzt zu wenden. Diese Auffassung hat das Reichsversicherungsamt — wie nach Lage des Gesetzes anerkannt werden soll, mit Recht — verworfen und entsprechend der Rechtsprechung des preußischen Oberverwaltungsgerichts (vgl. Entsch. vom 22. September 1910, Bd. 57 S. 443, ArbVers. 1911 S. 494) nur anerkannt, daß die Zuziehung eines anderen Arztes als des Kassenarztes gerechtfertigt erscheine, wenn die Befähigung des Kassenarztes für die erforderliche ärztliche Behandlung mit Grund angezweifelt werden könne. Mit dieser Entscheidung vom 31. Januar 1916 ist die Streitfrage für die Spruch-Instanzen bis zu einer etwa eintretenden Neufassung des § 122 RVO. gemäß § 1693 a. a. O. entschieden. Denn nach der Fassung des Gesetzes darf aus dem schon in dem Ministerial-Erlaß vom 15. Dezember 1914 wie in der Entscheidung vom 31. Januar 1916 gemachten Vorbehalte nicht etwa gefolgert werden, es stehe im Einzelfalle einer Kasse frei, ihre Behauptung, die Zuziehung eines Zahnarztes sei erforderlich gewesen, lediglich mit der Anführung zu begründen, einem praktischen Arzte als solchem fehle die für die erforderliche ärztliche Behandlung nötige Befähigung. Hätte das Reichsversicherungsamt einen solchen Beweis zulassen wollen, so hätte es in dem ihm zur Entscheidung vorliegenden Falle umgekehrt, wie geschehen, entscheiden müssen. Das war nach dem Wortlaut des § 122 aber nicht möglich.

Es fragt sich, ob dieser Wortlaut dem praktischen Bedürfnis entspricht. Die Ausbildung der Ärzte und Zahnärzte weicht durchaus voneinander ab. Die Erlangung der Approbation als Arzt schließt nicht etwa die als Zahnarzt ein. Vielmehr setzt § 53 der Prüfungsordnung für Zahnärzte vom 15. März 1909 die Bedingungen fest, unter denen Ärzte die zahnärztliche Prüfung bestehen können. Voraussetzung ist vor allem, daß der betreffende Arzt mindestens je zwei Halbjahre an einem Kursus in der Zahnersatzkunde und an einem Kursus in der konservierenden Behandlung an Kranken regelmäßig teilgenommen und eine Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten regelmäßig besucht hat. Diese Voraussetzungen haben praktische Ärzte, was ja auch der Erlaß des Ministers des Innern vom 15. Dezember 1914 anerkennt, da die konservative Zahnheilkunde und Zahntechnik nicht Gegenstände der ärztlichen Prüfung sind, fast durchweg nicht erfüllt. Wenn sie gleichwohl „Neigung haben", Zahnheilkunde auszuüben, so wird diese Bereitwilligkeit kaum als Ersatz ihrer Befähigung hierzu angesehen werden können. Demgemäß spricht ein Erkenntnis des Landgerichts zu Allenstein vom 21. Oktober 1913 (abgedruckt in den „Zahnärztlichen Mitteilungen von 1914" Nr. 1 S. 31 ff.) einem praktischen Arzt die Befähigung ab, zu entscheiden, welcher Behandlung ein kariöser Zahn bedarf, und eine Reichsgerichtsentscheidung verbietet den praktischen Ärzten, sich, ohne Erlangung der dafür vorgesehenen Approbation, als Zahnarzt zu bezeichnen (vgl. den oben angeführten Artikel von Neumann aus Nr. 2 der „Zahnärztlichen Mitteilungen von 1915"). In klarer und überzeugender Art weist Professor Paul Ritter

(Sonder-Abdruck aus Nr. 33 des XVIIII. Jahrgangs der „Deutschen zahnärztlichen Wochenschrift") die Unhaltbarkeit des jetzigen Zustandes nach, zu dessen Beseitigung er die Streichung des Wörtchens „auch" im Satze 1 des § 122 RVO. empfiehlt. Bis dies erreicht ist, ist eine Besserung nur von einem einsichtigen Zusammenwirken von Ärzten und Zahnärzten zu erwarten, von dem sich Arzt und Zahnarzt Dr. Peritz in Breslau (vgl. die Sonder-Abdrücke seiner kurzen Artikel in Nr. 43 der „Deutschen zahnärztlichen Wochenschrift von 1916" und Nr. 1096 des „Ärztlichen Vereinsblatts für Deutschland von 1916") in Übereinstimmung mit Zahnarzt Neumann, Danzig (vgl. den oben angeführten Artikel aus Nr. 2 der „Zahnärztlichen Mitteilung" von 1915) einen befriedigenden Erfolg verspricht, dessen Ergebnis darin zu bestehen hätte, daß die Ärzte grundsätzlich auf Ausübung der Zahnheilkunde, wie auf Begutachtung von Zahnkrankheiten, verzichten. Auf beachtenswerte, auf diesem Wege schon erzielte Teilerfolge kann Neumann hinweisen. Peritz beleuchtet in dem erstangeführten seiner beiden Artikel besonders die krasse Ungerechtigkeit, die sich daraus ergibt, daß als Vertrauensarzt für Zahnkrankheiten bei einer Krankenkasse ein praktischer Arzt tätig ist, also für ein Spezialgebiet, das er gar nicht kennt, dem zuständigen Spezialisten, nämlich dem Zahnarzt, Art und Umfang seiner Tätigkeit vorschreiben soll, während er sich in selbstverständlicher Bescheidung einem anderen Spezialisten gegenüber darauf beschränken würde, ihm hierüber die Entscheidung zu überlassen. Nach allem ist es dringend erwünscht, daß eine Novelle zur RVO. hier Änderung schafft, und die Zahnbehandlung den Zahnärzten als ihr ausschließliches Gebiet, abgesehen von dringenden Fällen, zuweist.

c) Kollektivverträge. Bekanntlich erstreben seit langem die praktischen Ärzte, ihre Beziehungen zu den Krankenkassen durch Kollektivverträge zu regeln. Sie haben durch das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913 in diesem Bestreben einen sehr bemerkenswerten Erfolg erreicht. — Den gleichen Wunsch hegen die Zahnärzte, ohne bisher ebenso erfolgreich gewesen zu sein. Beispielsweise hat der preußische Minister der öffentlichen Arbeiten, der den Abschluß von Kollektivverträgen mit Ärzten den Eisenbahnbetriebs-Krankenkassen gestattet, der Vertrags-Kommission des wirtschaftlichen Verbandes der Zahnärzte zu Danzig erklärt, daß er das Verfahren der Betriebskrankenkasse, welche den Abschluß eines solchen Vertrages abgelehnt hatte, nicht zu beanstanden habe. Die Zahnärzte versuchen nun, ihren Willen dadurch durchzusetzen, daß sie nicht nur den Abschluß von Einzelverträgen mit den Betriebskrankenkassen ablehnen, sondern auch erklären, Kassenmitglieder nur als Privatpatienten behandeln zu wollen. Dieses Vorgehen hat eine doppelte unerwünschte Wirkung. Gehen die Kassenmitglieder zum Zahnarzt, und stellt er ihnen eine Rechnung für Privatbehandlung aus, so erhalten sie von ihrer Kasse nur die Mindestsätze der Gebührenordnung erstattet. Denn sie können von der Kasse nicht mehr verlangen, als diese zu zahlen gehabt hätte, wenn die zahnärztliche Leistung von ihr veranlaßt wäre (vgl. Stier-Somlo a. a. O. S. 373 Anm. 7a zu § 182). Um eine solche Schädigung ihres eigenen Geldbeutels zu vermeiden, werden sie häufig statt zum Zahnarzt zum Techniker gehen und dadurch die Gewähr einer sachgemäßen Behandlung verlieren. — Es fragt sich, ob die Oberversicherungsämter in der Lage sind, diesem Notstande abzuhelfen. An sich scheinen die §§ 372, 373 RVO. eine Handhabe hierfür zu bieten. Denn zweifellos genügt die ärztliche Behandlung nicht den berechtigten Anforderungen der Erkrankten, wenn das Bedürfnis nach Spezialärzten nicht genügend befriedigt ist, oder wenn die Ärzte nach ihrer Vorbildung als nicht geeignet bezeichnet werden müssen (vgl. Hoffmann, Komment. Anm. 4 zu § 372; Stier-Somlo a. a. O. S. 811 Anm. 2). Daß aber die praktischen Ärzte nach ihrer Vorbildung als nicht geeignet zur Behandlung von Zahn-

krankheiten gelten müssen, haben wir oben gesehen. Gleichwohl halte ich ein Eingreifen der Oberversicherungsämter zur Zeit nicht für zulässig und Erfolg versprechend, da es nur vorbehaltlich des § 370, d. h. nur dann gestattet ist, wenn der Notstand nicht durch das Verhalten der Ärzte herbeigeführt ist (Hoffmann a. a. O. Anm. 5). Da bei der heutigen Rechtslage eine Verpflichtung der Kassen zum Abschluß von Verträgen mit Zahnärzten überhaupt nicht besteht, wird jedes Verlangen der letzteren, das eine Erschwerung des Vertragsabschlusses bedeutet, als eine unangemessene Bedingung im Sinne des § 370 RVO. angesehen werden müssen.

II. Die Behandlung der Zahnkrankheiten.

a) Allgemeines. Unbestritten war und ist es Aufgabe der Krankenkassen, bei Zahnerkrankungen ihrer Mitglieder, für das Ausziehen von kranken Zähnen und Wurzeln, wie für das Desinfizieren von solchen zu sorgen, auch soweit es nur als Vorbehandlung für Anfertigung eines künstlichen Gebisses dient (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. u. 9. Aufl. Anm. 5c zu § 182 RVO.).

b) Örtliche Betäubung. Ob hierbei auf Kosten der Kassen örtliche Betäubung zu gewähren ist, ist höchstinstanzlich meines Wissens nicht entschieden. Zahnarzt Bolten (Sonder-Abdruck aus Nr. 33 des XVII. Jahrgangs der „Zahnärztlichen Wochenschrift") führt für seine Ansicht, daß solche verlangt werden könne, nur an, daß die entgegengesetzte Auffassung brutal wäre. Ich vermag mich dieser Auffassung nicht ohne weiteres anzuschließen. So wünschenswert die Betäubung für den Patienten sein mag, so ist es anerkannten Rechts, daß Krankenkassen nur die notwendige ärztliche Behandlung zu leisten haben (zu vgl. auch Entsch. des RVA. vom 20. 2. 17, Amtl. Nachr. S. 461 am Ende). Ich stehe deshalb mit dem Versicherungsamt der Stadt Stolp (vgl. dessen Schrb. vom 20. Mai 1914 „Zahnärztliche Mitteilungen" von 1914 Nr. 20 S. 705) auf dem Standpunkt, daß örtliche Betäubung regelmäßig nicht verlangt werden kann, und möchte eine Ausnahme nur für den Fall gelten lassen, daß die besondere Körperbeschaffenheit des Patienten (Schwächlichkeit, Nervosität) eine solche rechtfertigt. Übrigens befinde ich mich hiermit im Widerspruch zur Spruchkammer des von mir geleiteten Oberversicherungsamts für den Eisenbahndirektionsbezirk Danzig, die die Boltensche Auffassung teilt.

c) Zahnersatz wird seiner Kostspieligkeit wegen regelmäßig zu den größeren Heilmitteln gehören; in diesem Falle kann die Satzung der Kasse gemäß § 193 RVO. die Gewährung eines Zuschusses offenhalten. Soweit der Zahnersatz ausnahmsweise zu den kleineren Heilmitteln gehört, ist er unbedingt zu gewähren. (Grundsätzl. Entsch. des RVA. 2134, Amtl. Nachr. 1915 S. 814, ArbVers. 1916 S. 134). In der Regel treten in den Fällen, in denen nicht diese Ausnahmen vorliegen, oder Berufsgenossenschaften infolge von Betriebsunfällen einzugreifen haben, die Landesversicherungsanstalten unter Mitheranziehung der Patienten ein.

d) Plombieren. Bestritten war bei Inkrafttreten der RVO., ob das Plombieren zur ärztlichen Behandlung, oder zu den Heilmitteln gehört, ob es infolgedessen unbeschränkt, oder nur in besonderen Fällen zu Lasten der Krankenkasse zu gewähren sei (vgl. Hoffmann a. a. O. S. 164, derselbe, Zentralblatt der Reichsversicherung 1917 Nr. 23, Stier-Somlo a. a. O. S. 374). In ihrem schon oben angeführten Erlasse vom 14. April 1915 (HMBl. S. 109, Arb.-Vers. 1915 S. 345) vertreten die preußischen Minister für Handel, Landwirtschaft und des Innern, diesem Zweifel Rechnung tragend, den Standpunkt, es sei zulässig, daß eine Kasse die Legung von Plomben beschränke oder von der Zustimmung ihres Vorstandes oder eines Vertrauensarztes abhängig mache. Dem zahnkranken Kassenmitglied könne es überlassen bleiben, seinen vermeintlichen Anspruch auf Bewilligung

von Plomben gemäß §§ 1636 ff. RVO. im Spruchverfahren zu verfolgen. — Die bestehende Rechtsunsicherheit hat die schon oben erwähnte grundsätzl. Entsch. des RVA. Nr. 2134 beseitigt, indem sie ausführt, Plomben werden, soweit sie nicht zur Beseitigung von Schönheitsfehlern dienen, regelmäßig zur Beseitigung eines krankhaften Zustandes benötigt. Ihre Legung ist ein Akt der ärztlichen Hilfe. Diese hat die Kasse ohne Einschränkung zu gewähren. Sie darf deshalb nicht von der Zustimmung des Kassenvorstandes abhängig gemacht werden. Ob der in der Entscheidung gemachte Versuch, den Widerspruch zwischen der dargelegten Auffassung des RVA. und der des Min.Erl. v. 14. April 1915 zu überbrücken, gelungen ist, kann dahingestellt bleiben. Mit Recht rügt auch Hoffmann in seinem oben erwähnten Aufsatze an der Entscheidung, sie erwecke den Eindruck, als seien die Krankenkassen befugt, auch zur Beseitigung von Schönheitsfehlern einzugreifen. Ein solches Recht stehe ihnen nicht zu. — In einer zweiten grundsätzl. Entsch. vom 20. Februar 1917 (Nr. 2341, Amtl. Nachr. S. 459, ArbVers. 1917 S. 566) hat sodann das RVA. nach Einholung eines eingehenden Gutachtens des Reichs-Gesundheitsamts über die Voraussetzungen für die Verpflichtung zur Gewährung von Plomben und über den Weg, den die Kasse einschlagen darf, um sich des Vorliegens dieser Voraussetzungen zu vergewissern, die nachstehenden Grundsätze aufgestellt: Kann der Zahn durch eine Zahnfüllung für längere Zeit erhalten werden, so ist diese zu gewähren. Wie sich die Kasse von der Notwendigkeit überzeugt, ist ihre Sache. Es ist ihr unbenommen, sich von einem Vertrauensarzt bestätigen zu lassen, daß die Voraussetzung vorliegt. Unzulässig aber ist es, wenn sie für sich ein freies Mitbestimmungsrecht verlangt, nach ihrem Gutdünken zu entscheiden, ob sie die Kosten für die Füllung, oder nur die billigeren des Ziehens übernehmen will.

Damit ist auch diese Frage für die Spruchinstanzen endgültig entschieden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe für „minderbemittelte" Wöchnerinnen.

Bescheid des **Reichskanzlers** (Reichswirtschaftsamt) vom 13. Januar 1918 (HMBl. S. 86).

Der Anspruch der Ehefrau auf Wochenhilfe dürfte in dem vorgetragenen Falle nach meiner Auffassung begründet sein. Im § 2 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 ist unter Nr. 1 vom Gesamteinkommen des Ehemanns und der Wöchnerin, in Nr. 2 dagegen von dem der Wöchnerin nach dem Diensteintritt des Ehemanns verbliebenen Gesamteinkommen die Rede. Dieser Wechsel im Ausdruck weist darauf hin, daß bei Anwendung der Nr. 2 das Einkommen der beiden Ehegatten nicht zusammen zu rechnen ist. Das Einkommen des Ehemanns, namentlich soweit es aus seiner Eigenschaft als Kriegsteilnehmer herrührt, wird der Frau nur insofern anzurechnen sein, als es ihr tatsächlich zufließt. Der Einwand, daß es dann der Ehemann in der Hand hätte, seiner Ehefrau dadurch die Wochenhilfe zu verschaffen, daß er den für seinen eigenen Unterhalt nicht benötigten Teil seines Einkommens nicht in ausreichendem Maße seiner Familie zukommen läßt, würde nicht stichhaltig sein. Gegen einen solchen Mißbrauch würde der Eingang des Abs. 2 des § 2 a. a. O. Schutz gewähren; denn in einem solchen Verhalten könnte eine Tatsache erblickt werden, welche die Annahme rechtfertigt, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird. Im vorliegenden Falle beträgt das Diensteinkommen des Ehemanns monatlich 190 *M*, seine Frau erhält davon regelmäßig 90 *M* und bezieht außerdem eine Unterstützung von monatlich 33 *M*, zusammen monatlich 123 *M*, so daß ihr Gesamtjahreseinkommen von 1476 *M* hinter 1500 *M* zurückbleibt.

Anspruch einer Gemeinde auf vollen Ersatz der Krankenhauspflegekosten gegen eine Krankenkasse im ordentlichen Rechtswege.

Urteil des **Oberlandesgerichts Kiel** (2. Zivilsen.) vom 30. Januar 1917 (U. II 9/16).

Am 12. Februar 1915 wurde das Dienstmädchen (Stütze) Marie M. aus F. in die von der Klägerin betriebene städtische Krankenanstalt aufgenommen. Sie ist dort bis zum 2. August 1915 behandelt und

verpflegt worden. Sie war Mitglied der beklagten Krankenkasse. Bei ihrer Aufnahme hatte sie eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt, auf welcher der stellvertretende Meldestellenvorsteher der Beklagten N. in F. vermerkt hatte: „Ich bitte, die M. aufzunehmen. Bürgschaftsschein kommt von Kasse in E.“ Die Stadtgemeinde hat gegen die Krankenkasse auf Erstattung der vollen Krankenhauspflegekosten mit 5 ℳ für den Tag, also auf Zahlung von 172 × 5 = 860 ℳ geklagt und zur Begründung ausgeführt: Die Krankenhausverwaltung habe die M. nicht als eine Hilfsbedürftige aufgenommen. Die M. sei auch nicht hilfsbedürftig gewesen. Einmal habe sie, wie sie selbst glaubhaft angegeben habe, ein Sparkassenguthaben von etwa 200 ℳ bei einer Sparkasse in N. besessen, sodann aber sei sie Mitglied der beklagten Kasse gewesen und habe gegen diese in dringlichen Fällen — ein solcher habe vorgelegen — Anspruch auf Krankenhausbehandlung gehabt. Die Klägerin sei daher nicht als Ortsarmenverband, sondern lediglich als Inhaberin des Krankenhauses tätig geworden, und die habe die M. nicht auf Grund einer öffentlich-rechtlichen Pflicht, sondern freiwillig und mit dem Willen aufgenommen, die Geschäfte der zur Krankenhausfürsorge verpflichteten Beklagten zu führen. Sie habe darauf gerechnet, daß die Beklagte den in Aussicht gestellten Bürgschaftsschein einsenden und dadurch die Geschäftsführung genehmigen werde. Es komme aber darauf nicht an; denn die Aufnahme der M. in das Krankenhaus habe, da Gefahr im Verzuge gewesen sei, im öffentlichen Interesse gelegen. Die Krankenhausverwaltung sei von der Armenverwaltung unabhängig und kein Organ der Armenpflege. Die Armenverwaltung ersuche sie nur um Aufnahme von Kranken und andererseits gebe die Krankenhausverwaltung der Armenbehörde Nachricht, falls für diese ein Einschreiten geboten sei.

Die beklagte Krankenkasse hat vorweg den Einwand der Unzulässigkeit des Rechtswegs erhoben und das Landgericht hat aus diesem Grunde die Klage abgewiesen. Auf Berufung der Stadtgemeinde hat jedoch das Oberlandesgericht die Einrede der Unzulässigkeit des Rechtsweges verworfen und die Sache an das Landgericht zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Der Erstattungsanspruch, den die klagende Stadtgemeinde gegen die beklagte Krankenkasse erhebt, kann von dieser in verschiedener Weise begründet werden. Würde die Klägerin behaupten, daß sie als Ortsarmenverband auf Grund ihrer gemäß § 28 des Unterstützungswohnsitzgesetzes vom 30. Mai 1908 bestehenden gesetzlichen Pflicht die hilfsbedürftige M. in das städtische Krankenhaus aufgenommen und dort verpflegt und behandelt habe, so würde sie einen Anspruch gemäß §§ 1531—1533 RVO. gegen die Beklagte erheben und zur Entscheidung über diesen Anspruch sind nicht die ordentlichen Gerichte, sondern gemäß § 1540 RVO. die Versicherungsbehörden berufen. Tatsächlich hat die Klägerin auch mit ihrem Schreiben vom 10. Mai 1915 einen solchen Anspruch gegen die Beklagte geltend gemacht.

Aber der Anspruch, der in diesem Rechtsstreit verfolgt wird, ist ein anderer. In diesem Rechtsstreit behauptet die Klägerin, der von ihr gemäß § 1531 RVO. erhobene Anspruch sei von ihr nur hilfsweise geltend gemacht für den Fall, daß der mit der jetzigen Klage verfolgte Anspruch nicht bestehen sollte. In Wahrheit habe sie nicht auf Grund gesetzlicher Pflicht eine Hilfsbedürftige unterstützt, sie sei als Ortsarmenverband nicht tätig geworden. Vielmehr habe sie sich auf rein privatrechtlichem Boden bewegt, sie habe als Inhaberin eines Krankenhauses und lediglich in dieser Eigenschaft in einem dringenden Fall (vgl. § 371 RVO.), ohne hierzu verpflichtet zu sein, einem Mitgliede der Beklagten Krankenhausbehandlung gewährt, und zwar mit dem sogleich nach außen — durch das Schreiben vom 13. Februar 1915 — kundgegebenen Willen, die Geschäfte der Krankenkasse zu führen. Gestützt auf diesen Tatbestand fordert sie als Geschäftsführerin ohne Auftrag gemäß § 683 BGB. Ersatz ihrer Aufwendungen. Für die Entscheidung eines solchen Anspruchs sind die ordentlichen Gerichte nach § 13 Gerichtsverfassungsgesetzes zuständig. Es handelt sich um einen bürgerlich-rechtlichen Anspruch, und die Reichsversicherungsordnung hat die Ansprüche der Krankenhausinhaber gegen die Krankenkassen, mögen sich diese auf Vertrag oder auf unbeauftragte Geschäftsführung stützen, den ordentlichen Gerichten nicht entzogen (vgl. Olshausen, Anm. 2 zu § 371, Anm. 2 h zu § 368 RVO.).

Die Zulässigkeit des Rechtsweges bestimmt sich nun danach, ob zur Begründung der Klage ein Tatbestand vorgetragen ist, der den Anspruch als einen bürgerlich-rechtlichen, den ordentlichen Gerichten nicht entzogen erscheinen läßt (vgl. Entsch. d. Reichsger. Bd. 83 S. 306). Hat der Anspruch an sich eine öffentlich-rechtliche Grundlage, so kann zwar die Unzulässigkeit des Rechtsweges nicht dadurch künstlich beseitigt werden, daß der Kläger zur Stützung des dem öffentlichen Recht angehörigen Anspruchs privatrechtliche Gesichtspunkte in die Sache hineinträgt und dem Anspruch selbst zu Unrecht eine privatrechtliche Stütze zu geben versucht. Dies hat das Reichsgericht, wie das Landgericht zutreffend hervorhebt, in wiederholten Entscheidungen, die namentlich auf steuerrechtlichem Gebiete liegen, ausgesprochen (vgl. außer den vom Landgericht zitierten Entscheidungen weiter Reichsger. Bd. 76 S. 123, Bd. 83 S. 307).

Aber hier liegt die Sache anders. Hier handelt es sich nach den Klagbehauptungen darum, daß nur der Tatbestand des privatrechtlichen Anspruchs aus der Geschäftsführung, nicht der Tatbestand des armenrechtlichen Einschreitens gemäß § 28 des Unterstützungswohnsitzgesetzes gegeben sein soll, daß also diese letzteren öffentlich-rechtlichen Verhältnisse und die hieraus entspringenden Ansprüche der richterlichen Aburteilung überhaupt nicht unterbreitet werden.

Zwar nimmt das Reichsgericht weiter an, daß auch in solchen Fällen, in denen ein privatrechtlicher

Tatbestand vom Kläger behauptet ist, das Gericht die Unzulässigkeit des Rechtsweges dann auszusprechen hat, wenn sich doch aus dem ganzen Sachverhalt schon zweifelfrei ergibt, daß in Wahrheit nur ein öffentlich-rechtlicher Anspruch in Frage kommen kann (vgl. Reichsger. Bd. 51 S. 317, Bd. 71 S. 433; Juristische Wochenschrift 1909 S. 253). Indes dieser Fall ist hier ebenfalls nicht gegeben. Es scheint vielmehr durchaus möglich und ist nicht schon jetzt zweifelfrei zu verneinen, daß ein Anspruch aus unbeauftragter Geschäftsführung der Klägerin zusteht.

Zwar bildet die klagende Stadtgemeinde zugleich den zuständigen, in den Fällen der Hilfsbedürftigkeit zum vorläufigen Eingreifen verpflichteten Ortsarmenverband. Aber daraus folgt noch nicht, daß die städtische Krankenhausverwaltung, wenn sie in dringenden Fällen Kranke aufnimmt, hierbei stets als armenrechtliches Organ der Stadt handelt, und die Klägerin hat tatsächlich dargelegt und unter Beweis gestellt, daß die Krankenhausverwaltung im vorliegenden Falle nicht für die Armenbehörde tätig geworden sei. Es kommt weiter hinzu, daß die M. eine Bescheinigung bei sich hatte, die sie als Mitglied einer Krankenkasse auswies und die Nachbringung eines Bürgschaftsscheines der Krankenkasse in Aussicht stellte. Erwägt man, daß ein dringender Fall vorlag, und daß in dringenden Fällen die Befugnis des Krankenkassenvorstandes, bestimmte Krankenhäuser auszuschließen, wegfällt (§ 371 RVO. und § 46 der Satzung der Beklagten), so konnte die klägerische Krankenhausverwaltung sehr wohl davon ausgehen, daß die mit der Aufnahme der Kranken ein Geschäft der in Betracht kommenden Krankenkasse besorge und daß diese ihr ihre Aufwendungen — event. unter Heranziehung des § 679 BGB. — ersetzen müsse. Ob unter den besonderen Umständen dieses Falles eine Hilfsbedürftigkeit der Kranken im Sinne des § 28 des Unterstützungswohnsitzgesetzes infolge des Kredits, der ihr als einem Krankenkassenmitglied zugute kam, verneint werden konnte, kann dahingestellt bleiben (vgl. hierüber Entsch. des preuß. OVG. Bd. 48 S. 329); denn jedenfalls kann die Sache so liegen, daß die städtische Krankenhausverwaltung schon mit Rücksicht auf die Krankenkassenmitgliedschaft der Kranken und ihren schwer leidenden Zustand die Aufnahme mit dem Willen verfügt hat, für die Kasse zunächst einzutreten, ohne daß der Fall einer armenrechtlichen Unterstützung für vorliegend erachtet und ein armenrechtliches Einschreiten erfolgt ist. Zugunsten der von der Klägerin in diesem Rechtsstreit vertretenen Auffassung spricht, daß die klägerische Krankenhausinspektion für solche Fälle durch die vorgesetzte Krankenhauskommission allgemein angewiesen war, die Kranken zunächst für die Krankenkassen als deren Geschäftsführerin aufzunehmen, und daß sogleich nach der Aufnahme die Krankenhausinspektion in diesem Sinne sich in dem Schreiben vom 13. Februar 1915 geäußert hat. Die Mitteilung an die Armenverwaltung ist erst über einen Monat später „zur Wahrung der Frist" erfolgt. Ist die Aufnahme der Kranken tatsächlich in unbeauftragter Geschäftsführung für die Beklagte vorgenommen, so wird dieser Tatbestand mit seinen Rechtsfolgen nicht dadurch aus der Welt geschafft, daß die Klägerin demnächst einen unbegründeten öffentlich-rechtlichen Anspruch erhebt. Mit Rücksicht auf die von der Krankenhausverwaltung geführte Korrespondenz liegt auch die Annahme nahe, daß diese höchstens event. für den Ortsarmenverband hat handeln wollen, sofern ihr ein direkter Anspruch gegen die Krankenkasse nicht zustehen sollte.

Hiernach liegt auch in tatsächlicher Hinsicht keine öffentliche Verschleierung eines öffentlich-rechtlichen Anspruchs vor, und es ist die Einrede der Unzulässigkeit des Rechtsweges — in Abänderung des landgerichtlichen Urteils — daher zu verwerfen.

Hervorgehoben sei noch, daß dem von der Beklagten eingereichten Urteile des Kammergerichts vom 9. Juli 1915 (ArbVers. 1915 S. 610) ein anderer Tatbestand insofern zugrunde liegt, als in dem dort entschiedenen Fall die Satzung für das städtische Krankenhaus die Bestimmung enthielt, daß, wenn ein Kranker ohne Vorschuß aufgenommen werde, oder diesen nachträglich nicht zahle, die Verpflegung als auf Armenkosten erfolgt gelte. Die von der Klägerin überreichten Aufnahmebedingungen ihres Krankenhauses enthalten einen solchen Grundsatz nicht.

Anmerkung: Das Landgericht Kiel (3. Ziv. K.), an das die Sache hierauf zurückgelangte, hat die Krankenkasse demnächst durch Urteil v. 22. Oktober 1917 (O. 222/15) nach dem Klageantrage, also zum vollen Ersatz der Krankenhauskosten verurteilt.

Voraussetzung und Umfang des Ersatzanspruchs eines Armenverbandes wegen erweiterter Krankenpflege nach § 437 RVO.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. Dezember 1917.

Das Dienstmädchen Minna L. war seit dem Jahre 1914 bei dem Böttchermeister G. in Berlin in Stellung und infolgedessen bei der beklagten Krankenkasse als Pflichtmitglied versichert. In der Nacht zum 28. März 1916 brach bei ihr Tobsucht aus, was ihre Dienstherrschaft veranlaßte, am nächsten Morgen Anzeige bei der Polizei zu erstatten. Diese bewirkte sodann die unverzügliche Überführung der Kranken in die Irrenanstalt H. Der Orts- und Landesarmenverband, der die Verpflegung zu übernehmen hatte, beanspruchte von der beklagten Krankenkasse unter Hinweis auf § 437 RVO. die Erstattung der vollen Verpflegekosten von täglich 3,30 ℳ, zunächst für die Zeit vom 28. März bis 30. Juni 1916 mit 313,50 ℳ nebst den Kosten der Extradiät. Die Beklagte ist zur Ersatzleistung im Rahmen der §§ 1531 ff. a. a. O. bereit, hat aber den weitergehenden Anspruch des Armenverbandes mit der Begründung abgelehnt, daß die erweiterte Krankenpflege nach § 437 nur auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten zu

gewähren sei, ein solcher Antrag hier aber nicht vorliege. Der Antrag habe auch nicht mehr gestellt zu werden brauchen, da der Zweck des § 437 bereits durch die sofort erfolgte Aufnahme ins Krankenhaus erfüllt gewesen sei. Auf die nachträgliche Kostenregelung solle die Vorschrift keine Einwirkung haben. Demgegenüber meint der Kläger, aus § 437 gehe nicht hervor, daß sein Zweck sich in der Unterbringung in einer Anstalt erschöpfe, ganz unabhängig von der Kostenübernahme. Dieser Auslegung widerspreche schon der Begriff der „erweiterten" Krankenpflege (§ 429). Die Unterbringung könne ebenso schnell oder noch schneller unter Vermittlung der Polizei oder der Armenpflegeorgane herbeigeführt werden, abgesehen davon, daß in gewissen Fällen, wie bei Geisteskrankheit oder Unfallfolgen, der Umweg über die Krankenkasse ausgeschlossen sei. Gerade in solchen Fällen seien aber die Voraussetzungen des § 437 gegeben. Dazu komme, daß gerade dann auch der wirtschaftliche schwächere Teil der Antragsberechtigten infolge geistigen oder körperlichen Unvermögens sein Recht nicht ausüben könne. Deshalb müsse der Antrag nach § 437 auch noch nachträglich durch den Versicherten und gegebenenfalls seinen Pfleger oder, solange ein solcher fehle, gemäß § 1538 durch den Armenverband gültig gestellt werden können. Das Versicherungsamt hat die Beklagte zwar zum Ersatz nach § 1531 verurteilt, den Kläger aber mit seinem weitergehenden Anspruch abgewiesen. Hiergegen hat dieser Berufung eingelegt und dabei besonders betont, daß er nicht den von der Beklagten unbestrittenen Ersatzanspruch, sondern gemäß §§ 1538 und 437 die Feststellung der Leistungen der erweiterten Krankenpflege für die geisteskranke Versicherte betreibe. Das Oberversicherungsamt hat jedoch die Berufung unter Bezugnahme der Ausführungen der Vorentscheidung zurückgewiesen. Das Reichsversicherungsamt hat die vom Kläger eingelegte Revision zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Gegenstand des Streits ist nicht ein Ersatzanspruch des Klägers nach §§ 1531 ff. RVO., zu dessen Erfüllung sich die Beklagte von Anfang an bereit erklärt hat, sondern der vom Kläger auf Grund des § 1538 für die Versicherte erhobene Leistungsanspruch aus § 437. Nach § 62 der Satzung der Beklagten der dem § 437 entspricht, hat die Kasse unter gewissen, hier unstreitig erfüllten Voraussetzungen dem in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Dienstboten „auf seinen oder des Dienstberechtigten Antrag" als erweiterte Krankenpflege an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Krankenhauspflege zu gewähren. Ein dahingehender Antrag bei der Kasse ist hier weder von der Versicherten, die dazu nach Lage der Sache, überhaupt nicht imstande war, noch von der Dienstherrschaft gestellt worden, es müßte dann die Anzeige der letzteren bei der Polizei als solcher gelten können. Mit Recht haben das die Vorinstanzen verneint. Die Anrufung der Sicherheitspolizeibehörde bewegt sich in völlig anderer Richtung, sie erstrebt deren sofortiges Eingreifen zum Schutze des Geisteskranken selbst und seiner Umgebung. Die Leistungen der Krankenkasse haben hiermit nichts zu tun. Zutreffend hat die Beklagte auch bereits darauf hingewiesen, daß mit der von anderer Seite bewirkten Unterbringung der Geisteskranken in die Anstalt der Zweck des § 437 schon erfüllt war. Allerdings ist dem Kläger zugegeben, daß der Zweck dieser Vorschrift sich nicht in der Unterbringung erschöpft. Allein die erweiterte Krankenpflege des § 437 ist nur eine besondere Form der sonst in Gestalt von Krankenpflege und Krankengeld zu gewährenden Krankenhilfe. Sie ist auf Antrag eines der Beteiligten dem in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Dienstboten in den in § 437 genannten Fällen deshalb zu bieten, weil sich in diesen Fällen bei dem engen Zusammenleben des Dienstboten mit seiner Herrschaft die besondere Notwendigkeit der Verpflegung außer dem Hause ergibt. Ist die Verbringung des Kranken in Anstaltspflege schon von dritter Seite erfolgt, so ist der mit § 437 erstrebte Zweck tatsächlich erreicht. Im übrigen steht es den Dienstberechtigten in solchen Fällen frei, nach Anrufung der Polizei sofort auch den Antrag bei der Krankenkasse auf die erweiterte Krankenpflege zu stellen. Ist das nicht geschehen, so entfällt für die Kasse die Notwendigkeit, die Krankenhilfe in dieser Form zu gewähren. Es fragt sich nur noch, ob etwa der Armenverband durch die Vorschriften des § 1538 als ermächtigt angesehen werden kann, den Antrag für den Versicherten bei der Krankenkasse zu stellen. Nach § 1538 „können auch die ersatzberechtigten Kassen, Gemeinden und Armenverbände (§§ 1528, 1531) die Feststellung der Leistungen aus der Reichsversicherung betreiben". Nach § 1509, der für entsprechend anwendbar erklärt ist, dürfen sie selbständig Rechtsmittel einlegen. Auch wirkt der Ablauf von Fristen, die ohne ihr Verschulden verstrichen sind, nicht gegen sie. Dagegen bietet der Wortlaut dieser Vorschriften keinen Anhalt dafür, daß sie darüber hinaus befugt sein sollten, Anträge zu stellen, die nach § 437 ausdrücklich dem Versicherten und dem Arbeitgeber vorbehalten sind. Auch der Zweck des § 1538 berechtigt nicht zu dieser Annahme. § 1538 ist wie § 1509 dem § 113 Abs. 3 des Invalidenversicherungsgesetzes nachgebildet, der für das Verhältnis der Invalidenversicherung zur Unfallversicherung galt. Wie die Begr. S. 455 (zu § 1490 des Entwurfs, § 1509 des Gesetzes) ausführt, sollte auch den Ersatzberechtigten ein sicherer Rechtsboden für das selbständige Betreiben des Verfahrens zur Feststellung der Leistungen gegeben werden, so daß sie nicht mehr von dem Verhalten des Berechtigten abhängig wären. Aus diesem Zusammenhang ergibt sich, daß die Befugnis, das Feststellungsverfahren selbständig zu betreiben, den Ersatzberechtigten im wesentlichen nur eine Sicherung ihres eigenen Anspruchs bieten sollte. Davon ist aber vorliegend nicht die Rede, wo es sich, wie vorher dargelegt, nur darum handelt, ob dem Versicherten im Hinblick auf die häusliche Gemeinschaft mit dem Dienstberechtigten die Krankenhilfe in Form der Krankenhauspflege geboten werden soll. Der Armenverband ist daher nicht als berechtigt anzu-

sehen, den nach § 437 erforderlichen Antrag von sich auszustellen. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob überhaupt dieser Antrag, selbst von den Berechtigten, noch nachträglich gestellt werden darf oder ob er nicht vielmehr der Unterbringung in die Anstalt vorhergehen hat. Da hiernach die Vorinstanzen den über den Ersatzanspruch hinausgehenden Antrag des Klägers mit Recht abgewiesen haben, war die Revision als unbegründet zurückzuweisen.

Umfang des Ersatzanspruchs des Armenverbandes gegen die Krankenkasse bei Krankenhauspflege.

Rev. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 25. November 1916.

Die Revision folgert aus der Vorschrift des § 184 Abs. 4 RVO., daß die Krankenkassen in den dort erwähnten Fällen Krankenhauspflege zu gewähren und demnach die vollen Kosten für Krankenhauspflege zu ersetzen haben, wenn diese Pflege von Behörden geleistet werden mußte, die zur öffentlichen Krankenhilfe gesetzlich verpflichtet sind.

Der Senat vermag dieser Auslegung des § 184 Abs. 4 nicht beizutreten. Nach dieser Bestimmung soll die Kasse in den Fällen des Abs. 3 Nr. 1, 2, 4 des § 184 möglichst Krankenhauspflege gewähren. Schon der Wortlaut des Gesetzes spricht gegen die Anschauung, daß dem Versicherten in den erwähnten Fällen ein Rechtsanspruch auf Gewährung von Krankenhauspflege gegen die Kasse zusteht. Aber auch die Entstehungsgeschichte des Gesetzes zeigt, daß dem Erkrankten ein Recht auf Krankenhauspflege nicht eingeräumt werden sollte. . . .

Das Reichsversicherungsamt hat schon zu dieser Frage in der gerundsätzl. Entsch. vom 17. Juni 1916 Stellung genommen und ausgesprochen, daß die Übernahme der Krankenhauspflege durch die Krankenkasse von der Aufsichtsbehörde im Einzelfall nicht erzwungen werden kann. Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts hat gleichfalls ein im Spruchverfahren verfolgbares Recht des Versicherten auf Gewährung von Krankenhauspflege nicht anerkannt. Auch von der Rechtslehre wird § 184 RVO. in diesem Sinn ausgelegt (H a h n, Krankenvers. Anm. 3, v. F r a n k e n b e r g, Anm. 4, O l s h a u s e n, Anm. 13 zu § 184; anders H o f f m a n n, Anm. 12 zu § 184).

Mit Unrecht beruft sich die Revisionsschrift auf die Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 11. Januar 1915 Nr. 1963. In dieser Entscheidung wird, wenn die Armenpflege den Versicherten im Krankenhaus untergebracht hat, zwar der Kasse gegen den Erstattungsanspruch des Armenverbands nach § 1531 RVO. die Einwendung versagt, daß der Versicherte ihr gegenüber auf diese Art der Krankenfürsorge kein Anrecht gehabt habe, aber nicht ausgesprochen, daß die Kasse verpflichtet sei, die Kosten der Krankenhauspflege voll zu ersetzen.

Bei der Bemessung der Höhe der Ersatzleistung sind die Vorschriften der §§ 1531 ff. RVO. anzuwenden. D i e K r a n k e n k a s s e h a t d a n a c h f ü r d i e K r a n k e n h a u s p f l e g e k e i n e s f a l l s m e h r z u l e i s t e n, a l s d e r A r m e n v e r b a n d f ü r d i e U n t e r s t ü t z u n g d e s e r k r a n k t e n V e r s i c h e r t e n a u f g e w e n d e t h a t; dem Armenverband steht dagegen innerhalb des Rahmens des § 1533 der uneingeschränkte Zugriff auf alle der hier aufgezählten Leistungen der Kasse an den Versicherten frei. Da die Kasse gegenüber dem Versicherten keine Verpflichtung hat, Krankenhauspflege eintreten zu lassen, kann der Armenverband grundsätzlich Ersatz für die gesamten Kosten der Krankenhauspflege von der Kasse nicht begehren, denn die Armenunterstützung ist aus den gleichartigen Leistungen der Krankenkasse zu erstatten. Selbst wenn man es übrigens für zulässig halten würde, die verklagte Kasse zur Gewährung von Krankenhauspflege im Spruchverfahren zu verurteilen, so wäre damit noch keineswegs entschieden, daß der Anspruch der Versicherten den Armenverband berechtigen würde, vollen Ersatz für seine Aufwendungen zu fordern. Nach dem früheren Rechtszustand ergab sich allerdings diese Berechtigung, da nach § 57 Abs. 2 KrVersGes. die dem Versicherten gegen die Kasse zustehenden Ansprüche im Betrag der geleisteten Unterstützung auf den Armenverband übergingen, von dem die Unterstützung geleistet worden war. Da aber die RVO. diesen Rechtsübergang nicht kennt und den Ersatzanspruch des Armenverbands als ein selbständiges Recht ordnet, so wird hieraus die Folgerung gezogen (L e h m a n n, Anm. 15 zu § 1533 RVO.), daß auch bei Bestehen eines Anspruchs des Versicherten auf Krankenhauspflege der Umfang des Ersatzanspruchs des Armenverbandes für Krankenhauspflege von den aus § 1533 Nr. 2 und 3 sich ergebenden Pauschsätzen begrenzt wird, und daß für die Krankenhauspflege nicht mehr wie sieben Achtel des Grundlohns aus den Mitteln der Krankenkasse zu erstatten sind. Ein näheres Eingehen auf diese Frage ist jedoch nicht veranlaßt, weil dem Versicherten kein Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege zukommt.

(R e g e r.)

A n m e r k u n g: Der Satz, daß die Kasse keinesfalls mehr zu ersetzen habe, als der Armenverband aufgewendet hat, darf nicht dahin verstanden werden, daß der Armenverband den tatsächlichen Aufwand nachzuweisen habe. Er darf vielmehr für diesen Aufwand die Pauschbeträge von $^3/_4$ und $^7/_8$ des Grundlohns ansetzen, und d i e K a s s e k a n n i h m n i c h t e n t g e g e n h a l t e n, d a ß s e i n t a t s ä c h l i c h e r A u f w a n d h i n t e r d i e s e n S ä t z e n z u r ü c k b l e i b e. Zu vgl. Entsch. des RVA. 2095, Amtl. Nachr. 1915 S. 679, ArbVers. 1915 S. 736.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1918 S. 2 ff.)

Nr. 259. Ein Polier, der neben seiner Tätigkeit auf den Bauten in erheblichem Umfang im Baubureau seines Arbeitgebers schriftliche Arbeiten (Aufstellung von Voranschlägen, Bauzeichnungen, Kostenrechnungen) verrichtet, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 260. Eine bei einer öffentlichen, gemeinnützigen Sparkasse beschäftigte Person, die den Sparern das Sparbuch abzunehmen, das Konto aus dem nach Nummern geordneten Kartenschrank herauszusuchen und den vom Sparer genannten, einzuzahlenden oder auszuzahlenden Betrag mit Blei in die dafür vorgesehene Stelle des Sparbuchs einzutragen hat, ist nicht Handlungsgehilfin nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, sondern Bureaugehilfin nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 und als solche versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 261. Die Instanzen der Angestelltenversicherung sind nicht berufen, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte dazu anzuhalten, die Bedingungen mit der Lebensversicherungsunternehmung zu vereinbaren, unter denen die Arbeitgeberbeiträge von der Reichsversicherungsanstalt an die Lebensversicherungsunternehmung gemäß der zu Abs. 4 des § 392 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ergangenen Bekanntmachung des Bundesrats vom 11. Januar 1913 unter Nr. VI (RGBl. S. 19) weiterzuzahlen sind.

Nr. 262. Eine von ihrem Mutterhause zur Beschäftigung in einer auswärtigen Kinderbewahranstalt entsandte Kinderschwester, der das Mutterhaus freien Unterhalt und freie Kleidung zu gewähren hat, ist nach § 7 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auch dann versicherungsfrei, wenn sie an Stelle des Unterhalts den zu seiner Beschaffung erforderlichen Geldbetrag erhält.

Nr. 263. Als „an sich versicherungspflichtig" im Sinne des § 1 der Bekanntmachung über die Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) sind solche Beschäftigungen nicht anzusehen, die vor dem Inkrafttreten des Versicherungsgesetzes für Angestellte oder außerhalb von dessen Geltungsgebiet ausgeführt worden sind.

Nr. 264. Gegen Entscheidungen des Rentenausschusses steht einer Landesversicherungsanstalt das Beschwerderecht nicht zu, wenn festgestellt worden ist, daß jemand zu den im § 1 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bezeichneten Personen gehört.

Nr. 265. Chormitglieder eines Theaterunternehmens, welche die „Sommergage" beziehen und dafür verpflichtet sind, während des der Winterspielzeit vorausgehenden Zeitraums vom 1. August bis 15. September an Chorübungen teilzunehmen, sind während dieses Zeitraums versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 266. Personen, die in einer Uhrenfabrik die Uhren nachzuprüfen und zu regulieren haben (Regleure), sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Strafverfügungen aus §§ 339, 340 Angest.-VersGes.

Aus Beschlüssen des **Schiedsgerichts für Angestellten-Versicherung** vom a) 24. Mai 1917; b) 19. Februar 1917; c) 21. August 1916; d) 20. August 1917; e) 6. November 1916; f) 2. Juli 1917; g) 5. Februar 1917. („Angestelltenvers." 1918 S. 11 ff.)

a)

Unstreitig war der Beschwerdeführer zusammen mit dem Kaufmann S. in der fraglichen Zeit Geschäftsführer der G. m. b. H. — Die Haftung der Geschäftsführer einer G. m. b. H. ist der Reichsversicherungsanstalt gegenüber eine solidarische, und es muß dem Beschwerdeführer, wenn, wie er behauptet, nach dem inneren Geschäftsbetriebe der G. m. b. H. nicht er, sondern S. mit der Führung der Kassengeschäfte betraut war, überlassen bleiben, sich gegebenenfalls im Regreßwege durch Anrufung der ordentlichen Gerichte Ersatz zu schaffen. Der Beschwerde mußte hiernach der Erfolg versagt werden.

b)

Der Beschwerdeführer war in der in Betracht kommenden Zeit stellvertretender Geschäftsführer der G. m. b. H. Die Gesellschaft wird durch ihre Geschäftsführer gerichtlich und außergerichtlich vertreten, und gelten die für die Geschäftsführer gegebenen Vorschriften auch für deren Stellvertreter. Die Reichsversicherungsanstalt kann sich daher an einen stellvertretenden Geschäftsführer in der gleichen Weise, wie an einen ordentlichen Geschäftsführer halten (§§ 35 und 44 des Reichsgesetzes betreffend die G. m. b. H., — RGBl. 1898 S. 846). Dabei ist nicht erforderlich, daß auf seiten des betreffenden Geschäftsführers ein spezielles Verschulden nachgewiesen wäre.

c)

Der Beschwerdeführer L. war Geschäftsführer einer G. m. b. H., die am 1. April 1915 in Liquidation trat und am 1. Mai 1915 aufgelöst wurde. Seit August 1914 waren Beiträge zur Angestelltenversicherung rückständig. Auf die am 26. Juli 1915 erfolgte Strafandrohung der Reichsversicherungsanstalt erwiderte L., daß er sein Amt als Geschäftsführer im

März 1915 niedergelegt habe. Die Firma sei durch den Kriegsausbruch zahlungsunfähig geworden und habe kein Geld zur Leistung der Beiträge gehabt. Daraufhin wurde gegen L. wegen der unterlassenen Abführung der Beiträge gemäß § 340 AngestVersGes. eine Geldstrafe festgesetzt. Die Beschwerde hiergegen war zurückzuweisen. — Nach §§ 176, 181, 343 Ziff. 2 AngestVersGes. war L. verpflichtet, die Beiträge mindestens bis zum März 1915 zu entrichten. Voraussetzung der Ordnungsstrafe aus § 340 AngestVersGes. ist nur die Unterlassung der rechtzeitigen Beitragsleistung, und es ist deshalb für deren Verhängung ohne Bedeutung, ob L. zur Zeit der Straffestsetzung noch Geschäftsführer war, weil eben die Unterlassung gestraft werden soll. — Wer als Arbeitgeber versicherungspflichtige Angestellte beschäftigt, muß sich über die Pflichten unterrichten, die ihm das Gesetz auferlegt, und rechtzeitig dafür sorgen, daß er diese Pflichten erfüllen kann. Der Mangel an Mitteln schließt die Bestrafung nicht aus und solange die Mittel zur Bezahlung von Angestellten noch beschafft werden konnten ,mußte auch die Entrichtung der Versicherungsbeiträge sichergestellt werden.

d)

Gegen den Beschwerdeführer in seiner Eigenschaft als Geschäftsführer der G. m. b. H. B. u. Co. in D. war seitens der Reichsversicherungsanstalt unter dem 2. März 1917 gemäß § 340 Abs. 1 Satz 1 AngestVers.-Ges. wegen unterlassener Abführung der seitens der G. m. b. H. geschuldeten Beiträge eine Geldstrafe festgesetzt worden. Nachdem diese Straffestsetzung rechtskräftig geworden war, wurde dem Beschwerdeführer seitens der Reichsversicherungsanstalt unter dem 8. Juni 1917 die Zahlung des Einfachen der Rückstände in Höhe von 24,85 ℳ gemäß § 340 Abs. 1 Satz 2 auferlegt. Die gegen letztere Verfügung gerichtete Beschwerde ist unzulässig. Rechtsmittel sind, soweit es sich um die Auferlegung einer derartigen Zahlung handelt, ausgeschlossen. Es ist nur die Aufsichtsbeschwerde an den Reichskanzler zulässig, da eine „Strafverfügung" der Reichsversicherungsanstalt im Sinne des § 358 nicht vorliegt (vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler, Kommentar, Anm. 8 zu § 340).

Der Umstand, daß die angefochtene Verfügung eine irrtümliche Rechtsbelehrung bezüglich des einzulegenden Rechtsmittels („Hiergegen ist die, binnen Monatsfrist einzulegende Beschwerde an das Schiedsgericht zulässig") enthält, ist rechtlich unerheblich und kann jedenfalls die Zulässigkeit des Rechtsmittels nicht begründen.

e)

Gegen die ihm nach § 339 AngestVersGes. obliegende Verpflichtung zur Einreichung der Nachweise hat der Arbeitgeber verstoßen. — Er wird von seiner Verpflichtung zur Einreichung der Nachweise auch nicht dadurch befreit, daß er nachträglich Zweifel an der Versicherungspflicht der in die Nachweise aufzunehmenden Angestellten gehegt hat. Vielmehr hätte es ihm in diesem Falle überlassen bleiben müssen, rechtzeitig das Streitverfahren nach § 210 einzuleiten. — Erst in der Beschwerde hat aber der Arbeitgeber die Versicherungspflicht seiner Angestellten bestritten. Dies bleibt für die zu treffende Entscheidung, ob die Ordnungsstrafe zu Recht festgesetzt sei, ohne Bedeutung. — Es ist nicht zulässig, im vorliegenden Verfahren nebenbei über die Frage der Versicherungspflicht zu entscheiden. Andernfalls wäre es möglich, daß der Rentenausschuß, der nach dem AngestVersGes. über die Frage nach der Versicherungspflicht als erste Instanz zu entscheiden hat, übergangen würde, daß also eine Instanz völlig ausfiele. Ebenso würde in diesem Falle die nach § 210 Abs. 2 gegebene Möglichkeit der Anrufung des Oberschiedsgerichts vereitelt werden.

f)

Der Beschwerdeführer hat sich — trotzdem ihm seitens der Reichsversicherungsanstalt wiederholt die vorgeschriebenen Anzeigeformulare übersandt wurden — fast nie dieser Formulare bedient, sondern Postkarten und Briefbogen benutzt. — Am 29. Dezember 1915 meldete der Arbeitgeber den Angestellten R. unvollständig auf einem Briefbogen an; — die Anmeldung war insofern unvollständig, als auf einem Geschäftsbriefbogen ohne Angabe der Personalien und der Gehaltsklasse einfach „ein Kommis Emil R." verzeichnet stand. — Vorstehend angeführte Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmungen der §§ 339, 181 AngestVersGes. rechtfertigen die Verhängung der Strafe.

g)

Der Beschwerdeführer war Inhaber der erloschenen in Konkurs geratenen Firma A. u. Co. Er macht gegen die auf Grund des § 340 AngestVersGes. erfolgte Straffestsetzung unter anderem geltend, er sei nicht mehr in der Lage, die Beiträge für die Firma zu leisten, weil er und seine Ehefrau durch die betrügerischen Handlungen ihres Mitinhabers an den Bettelstab gekommen seien, so daß sie Armenunterstützung erhielten; irgendwelches Pfändungsobjekt sei nicht vorhanden. Der Beschwerde war der Erfolg zu versagen. Ob die Vermögenslage des Beschwerdeführers einer Befriedigung des Gläubigers tatsächlich entgegensteht, muß dahingestellt bleiben, da die diesbezügliche Prüfung nicht Sache der Beschlußbehörde ist, vielmehr lediglich der Zwangsvollstreckungsbehörde zusteht.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Merkblatt des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über: A. Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragszeiten für die Angestelltenversicherung und B. Rückzahlung der für Kriegsdienstzeiten entrichteten Beiträge.

A.

1. Nach den Verordnungen des Bundesrats vom 26. August 1915 und 2. August 1917 werden die Zeiten, in denen Versicherte im gegenwärtigen Kriege dem Deutschen Reiche, der Österreichisch-Ungarischen Monarchie oder einem anderen mit dem Deutschen Reiche verbündeten oder befreundeten Staate Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben, soweit sie in vollen Kalendermonaten bestehen, auf die Wartezeiten und bei Berechnung der Versicherungsleistungen an Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte als Beitragszeiten angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen.

2. Sind Beiträge für die Zeit der Kriegsdienstleistung entrichtet und auf dem Konto des Angestellten verblieben (vgl. unten Nr. 14), so findet eine Anrechnung dieser Kriegsdienstmonate als Beitragszeiten nach Nr. 1 nicht statt; die vorhandenen Beiträge kommen aber als freiwillige Beiträge zur Anrechnung.

3. Angerechnet werden ohne Beitragsleistung nur die vollen Kalendermonate des Kriegsdienstes; die Anrechnung des Monats August 1914 ist daher in der Regel ausgeschlossen, da der erste Mobilmachungstag auf den 2. August 1914 fiel.

4. Für die Anrechnung ist die Gehaltsklasse des letzten, dem 1. August 1914 vorhergehenden Monats maßgebend, für den ein Pflichtbeitrag oder von freiwillig Versicherten ein freiwilliger Beitrag entrichtet ist. Für Angestellte, die erst nach dem 31. Juli 1914 versicherungspflichtig geworden sind, ist die Gehaltsklasse des letzten Pflichtbeitrages maßgebend, der vor Antritt des Kriegsdienstes geleistet worden ist. Sind in dem in Betracht kommenden Monat Beiträge nach einer Gehaltsklasse und nach § 177 a. a. O. gezahlt worden, so kommt nur der Beitrag nach der Gehaltsklasse in Ansatz. Sind in dem in Betracht kommenden Monat nur Beiträge nach § 177 a. a. O. geleistet, so ist die Gehaltsklasse E maßgebend.

In den Fällen des § 390 a. a. O. wird nur die von den Arbeitgebern nach § 392 Abs. 1 a. a. O. gezahlte Beitragshälfte (Arbeitgeberbeitrag) angerechnet.

5. Die Anrechnung der Kriegsdienstzeit kommt in Betracht für das Ruhegeld und die Hinterbliebenenrenten, nicht aber für andere Leistungen des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

6. Die Kriegsdienstzeit wird durch die Militärpapiere (z. B. die Militärpässe) nachgewiesen, aus denen auch die Dauer des Kriegsdienstes genau zu ersehen ist.

7. Daß die für die Kriegsdienstzeit anzurechnenden Beiträge auf den nach § 182 a. a. O. zu führenden Versicherungskonten zu vermerken sind, ist nicht vorgeschrieben; es würde an sich ausreichen, wenn bei dem Antrag auf Ruhegeld oder Hinterbliebenenrenten die Militärpapiere mit eingereicht würden. Im Interesse der Klarheit der Konten werden jedoch nach Beendigung des Krieges nach und nach die Konten der Kriegsteilnehmer um die anzurechnende Kriegsdienstzeit vervollständigt werden. Zu diesem Zwecke werden die Militärpapiere der Kriegsteilnehmer von hier aus gelegentlich der Versendung der Kontoauszüge eingefordert werden.

Den versicherten Kriegsteilnehmern wird daher empfohlen, ihre Militärpapiere zum Zwecke der Eintragung der für die Kriegszeit anzurechnenden Beiträge vorläufig unaufgefordert an die Reichsversicherungsanstalt nicht einzusenden, sondern abzuwarten, bis die Aufforderung zur Einsendung an sie ergeht.

8. In die Versicherungskarte werden die für die Kriegsdienstzeit anzurechnenden Beiträge von der Reichsversicherungsanstalt nicht eingetragen, so daß von Einsendung der Versicherungskarte an die Reichsversicherungsanstalt abzusehen ist. Es steht dem Angestellten frei, die Eintragung selbst zu machen.

B.

9. Beiträge, die für den vollen Monat der Kriegsdienstzeit (siehe oben Nr. 1, 3) entrichtet worden sind, werden, soweit sie nicht nach § 398 a. a. O. schon zurückerstattet sind, dem Arbeitgeber auf seinen an das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193/195, portofrei zu richtenden Antrag ohne Zinsen zurückgezahlt. Der Arbeitgeber hat dem Angestellten den von ihm eingezogenen Beitragsteil zu erstatten.

10. Der Angestellte ist nur dann zur Stellung eines solchen Rückzahlungsantrages berechtigt, wenn er die Beiträge als freiwillige Versicherungsbeiträge selbst an die Reichsversicherungsanstalt eingezahlt hat.

11. In dem Rückzahlungsantrag sind Vor- und Zunamen, Geburtstag und Geburtsort der in Frage kommenden Versicherten, die vollen Kriegsdienstmonate, für die auf das Konto des einzelnen Versicherten Beiträge gezahlt worden sind, diese Beiträge selbst und ihre Zahlungstage im einzelnen genau anzugeben. Dem Antrag müssen die Militärpapiere der Versicherten oder besondere Bescheinigungen der Militärbehörden beigefügt werden, aus denen der Tag des Eintritts in den Kriegsdienst und die ununterbrochene Dauer des Kriegsdienstes für die Zeiten, für welche die Rückerstattung von Beiträgen beantragt wird, ersichtlich ist. Für die Ausstellung dieser Bescheinigungen kommen allein die Truppenteile in Frage, nicht etwa das Zentral-Nachweise-Bureau des Kriegsministeriums.

12. Der Antrag auf Rückerstattung von Beiträgen kann schon jetzt und muß spätestens sechs Monate nach Ablauf des Monats gestellt werden, in welchem der Frieden geschlossen worden ist. Beim Fehlen eines Friedensschlusses beginnt der Lauf der Frist mit dem Schlusse desjenigen Jahres, in welchem der Krieg beendet ist.

13. Für die Entscheidung von Streitfällen über die Rückerstattung von Beiträgen gelten die §§ 210 ff. a. a. O. entsprechend.

14. Für solche Versicherte, welche in dem nach Nr. 4 maßgebenden Monat bei einer zugelassenen Ersatzkasse (§§ 372 ff. a. a. O.) versichert waren, gelten die vorstehenden Bestimmungen aus der Verordnung des Bundesrats vom 26. August 1915 nicht.

Bestrebungen zur Errichtung einer allgemeinen Beamten-Krankenversicherung.

Nach § 169 RVO. sind von der Krankenversicherung befreit die in den Betrieben oder im Dienste des Reiches, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist. Das Gleiche gilt für Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten. Die Voraussetzungen für die Befreiung von der Krankenversicherung sind recht leicht erfüllbare, der Ersatz für die Versicherungsleistungen ist ein recht geringer. Vor allem fehlt Sicherheit und Fürsorge für ärztliche Behandlung, Heilmittel, Krankenhauspflege usw. Die wirtschaftliche Lage der hier in Betracht kommenden Beamten ist häufig eine recht unzulängliche, sodaß längere oder wiederholte Krankheit nicht selten zu großem Notstand führt. Die im § 169 RVO. erwähnten Beamten haben nur beschränkt ein Recht zum freiwilligen Beitritt oder zur freiwilligen Weiterversicherung bei einer Krankenkasse (§§ 176, 313, 314 Abs. 2 RVO.).

Es ist deshalb nur verständlich, daß in der deutschen Beamtenschaft seit Jahren die Frage der Schaffung einer geordneten Krankenfürsorge für die Beamten und ihre Familien lebhaft erörtert wird. Der Verband deutscher Beamtenvereine, der über 300 Vereine mit mehreren hunderttausend Mitgliedern — Beamten aller Klassen — umfaßt, hat sich mit diesem Gegenstande wiederholt eingehend beschäftigt und im Juni 1914 in Hamburg eine Denkschrift des Vorstandes beraten, die eine Reihe von Leitsätzen aufstellt.

In diesen heißt es, aus dem rechtlichen Verhältnis der Beamten zum Dienstherrn (Reich, Staat oder Gemeinde) folge mit Notwendigkeit, daß der Dienstherr — ebenso wie im Falle dauernder Dienstunfähigkeit und des Todes der Beamten — auch in Krankheitsfällen für den Beamten und seine Familie einzutreten hat. Nachdem in dieser Beziehung die staatliche Krankenversicherung den ihr unterliegenden Personen und deren Angehörigen einen großen Vorsprung vor den Beamten gegeben hat, sei das Bedürfnis, auch für die Beamten und deren Familien eine Krankenversorgung auf gesetzlicher Grundlage zu schaffen, immer dringender. Dieser Vorsprung könne nicht durch die bloße, noch nicht einmal stets und überall eintretende Fortgewährung des Diensteinkommens an den Beamten im Falle eigener Krankheit wettgemacht werden. Namentlich Krankheiten in der Familie bringen den nur auf sein Diensteinkommen angewiesenen Beamten oft in Schulden. Die nötige Krankenversorgung für alle Beamten und deren Angehörige sei möglichst auch auf Pensionäre und Hinterbliebene auszudehnen. Der Zweck der Krankenversorgung könne in zweckmäßiger Weise nur durch Zwangsbeitritt aller Beamten und Lehrpersonen zu der zu schaffenden Einrichtung erreicht werden. Solange der Beitrittszwang nicht bestehe, empfehle sich wenigstens die geldliche oder eine sonst wirksame Unterstützung und Förderung der auf freiem Beitritt beruhenden, von der Versicherungsbehörde genehmigten Beamtenkrankenunterstützungskassen. Die Krankenversorgung soll darin bestehen, daß aus einer Kasse, in die sowohl die Beamten als auch der Dienstherr Beiträge zahlen, den Beamten Geldzuwendungen gemacht werden. In der Regel würden aus dieser Krankenkassenzuschußkasse nicht mehr als etwa zwei Drittel bis drei Viertel der durch Belege nachgewiesenen Jahreskrankenkosten dem Beamten zu erstatten sein. Etwa ein Viertel bis ein Drittel dieser Kosten, mindestens aber 20 ℳ, soll der Beamte selbst tragen. Dadurch hat er ein eigenes Interesse daran, sich mit seinen Bedürfnissen in Krankheitsfällen wirtschaftlich einzurichten, die Krankenkosten also stets möglichst niedrig zu halten. Die Beamten sollen in der Wahl des Arztes und in der Beschaffung der Heilmittel keinem Zwange unterworfen sein. Die jährlichen Beiträge sollen im Durchschnitt möglichst nicht höher als 18 bis 24 ℳ für jedes Mitglied sein. Rechtlicher Träger der Krankenkostenzuschußkasse soll der Dienstherr (Reich, Staat, Gemeinde) sein. Die Kasse soll im Sinne der Selbstverwaltung durch Vertreter der Behörde und der Kassenmitglieder verwaltet werden, wobei auf die völlig freie, von dienstlichen Vorgesetzten unbeeinflußte Mitwirkung der Kassenmitglieder besonderes Gewicht zu legen ist. Streitigkeiten zwischen Kassenmitgliedern und Kassenverwaltung sollen unter Ausschluß des Rechtsweges und der dienstlichen Beschwerde im schiedsgerichtlichen Verfahren entschieden werden.

Der Verbandstag stimmte diesen Leitsätzen einhellig zu und beauftragte seinen Vorstand, bei dem Reichskanzler, den Regierungen der deutschen Bundesstaaten und den organisierten Vertretungen der deutschen Gemeindeverwaltungen vorstellig zu werden, daß solche Kassen baldigst errichtet werden.

Der Krieg hatte die Ausführung dieses Beschlusses bisher verzögert. Anderseits verschlechterte die lange Kriegsdauer die Lebensverhältnisse der Beamtenschaft noch beträchtlich. Trotz Kriegsbeihilfen und Teuerungszulagen reicht das Diensteinkommen noch weniger wie in den Friedenszeiten zur Beschaffung des Lebensunterhalts aus. Da mit einer baldigen Besserung dieser Verhältnisse auch nach Beendigung des Krieges nicht gerechnet werden kann, hat der Vorstand des Verbandes deutscher Beamtenvereine trotz der während des Krieges bestehenden Bedenken sich entschlossen, die im Jahre 1914 beschlossene Eingabe nunmehr dem Reichskanzler, den Regierungen der Bundesstaaten und den organisierten Vertretungen der deutschen Gemeindeverwaltungen zu überreichen. Es wird darin auch betont, daß durch eine möglichst gut vorbeugende Kranken- und Genesendenfürsorge die Beamten lange dienstfähig erhalten werden können und so den Zeitpunkt der Zahlung der Ruhegehälter und Hinterbliebenenrenten möglichst hinausgerückt werden würde. Die Eingabe weist ferner darauf hin, daß mancherorts schon Ansätze zur Abstellung der durch Krankheit verursachten Notlage der Beamten vorhanden sind und dadurch das Bedürfnis einer Beamtenkrankenfürsorge grundsätzlich schon anerkannt ist. Bei diesen Ansätzen handle es sich aber nur um Versuche mit zum Teil erfahrungsgemäß ungeeigneten Mitteln. Solle der gesamten deutschen Beamtenschaft — wobei auch recht zahlreiche höhere Beamte in Betracht kommen — wirklich in ausreichender Weise geholfen werden, so bedürfe es eines einheitlichen Vorgehens unter gleichen organisatorischen Gesichtspunkten. Die Leitsätze würden dem berechtigten Streben der Beamtenschaft nach Selbstbestimmung in Dingen der hier in Frage kommenden Art gerecht und vermieden es, die öffentlichen Mittel in unzulässigem Umfange in Anspruch zu nehmen. Die Eingabe hebt zuletzt noch hervor, daß die erbetene Einrichtung sich als ein besonderes wirksames

Mittel erweisen werde, die Beamtenschaft noch fester als bisher mit ihren Dienstherrn in Vertrauen zu verbinden. Es möchte deshalb gelingen, die einmütig erstrebte Krankenkostenzuschußkasse möglichst bald ins Leben zu rufen.

Es ist noch nicht bekannt geworden, wie sich die in Betracht kommenden Behörden zu der Sache stellen. So nötig es auch ist, die Wünsche noch während des Krieges zu verwirklichen, so werden sie doch erst nach Beendigung desselben befriedigt werden können. Jedenfalls ist den Bestrebungen der Beamtenschaft nur voller Erfolg zu wünschen. Ein recht gangbarer Weg wäre übrigens noch der, die Fürsorge in Anlehnung an die Reichsversicherung durchzuführen und zwar dergestalt, daß bei allen Krankenkassen eine Klasse eingeführt wird, bei der die Versicherten und ihre Angehörigen nur gegen Krankenpflege (ärztliche Behandlung, Heilmittel usw.) versichert sind und die Beiträge entsprechend bemessen werden. Das hätte den großen Vorzug, daß eine neue Versicherungseinrichtung mit neuem Verwaltungsapparat usw. erspart wird. Wir könnten auch sonst keine Zurücksetzung darin erblicken, wenn die Beamten den staatlichen Zwangskassen mit angehörten.

Die Zunahme der Altersrente infolge der Herabsetzung der Altersgrenze

vom 70. auf das 65. Lebensjahr, die durch das Reichsgesetz vom 12. Juni 1916 mit Wirkung vom 1. Januar 1916 an herbeigeführt wurde, war bereits im ersten Jahre der Geltung des neuen Gesetzes recht beträchtlich. Während im Jahre 1915 nur 11 276 Altersrenten in Kraft getreten waren, haben nach dem „Arbeitgeber" (Zeitschrift der Vereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände) die Landesversicherungsanstalten in dem ersten Jahre nach Herabsetzung der Altersgrenze 92 120 Altersrenten festgesetzt. Bei den Sonderanstalten ist die Zunahme noch etwas größer; die Zahl der neu in Kraft getretenen Altersrenten beträgt nahezu das Zehnfache der im Jahre 1915 bewilligten. Die infolge der Zunahme der Altersrenten entstehenden Mehraufwendungen haben eine Erhöhung der Wochenbeiträge erforderlich werden lassen; diese betragen bekanntlich seit dem 1. Januar 1917 in der Lohnklasse I 18 Pf, in der Lohnklasse II 26 Pf, in der Lohnklasse III 34 Pf, in der Lohnklasse IV 42 Pf, in der Lohnklasse V 50 Pf. Zur Deckung der Gemeinlast scheidet jede Versicherungsanstalt seit dem 1. Januar 1917 an 60 v. H. der Beiträge buchmäßig als Gemeinvermögen aus.

Wiedereintritt Weiterversicherter (§ 313 RVO.) in eine höhere Stufe.

In der Sitzung des Reichstags v. 19. Februar 1918 erwiderte Ministerialdirektor Caspar auf eine Anfrage: Der § 313 RVO. hat die nach § 27 KrVers.-Ges. streitige Frage, in welcher Mitgliederklasse oder Lohnstufe die Versicherung freiwillig fortgesetzt werden kann, dahin entschieden, daß die vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht maßgebende Klasse oder Stufe zu wählen ist. Erst die Kommission des Reichstags hat die Möglichkeit hinzugefügt, in eine niedrigere Klasse oder Stufe überzutreten. Offenbar sollte dadurch namentlich solchen Mitgliedern, die erwerbslos werden und denen infolgedessen die Weiterzahlung des bisherigen Betrags schwer fällt, ermöglicht werden, gegen eine geringere Beitragsleistung sich die Mitgliedschaft bei der Kasse zu erhalten. Auf die Möglichkeit, daß das auf diese Weise niedriger versicherte freiwillige Mitglied späterhin bei günstigerer wirtschaftlicher Lage das Bedürfnis haben kann, jenen Schritt rückgängig zu machen, also wieder in die alte Klasse oder Stufe zu kommen, ist bei der Antragstellung in der Kommission wohl nicht gedacht worden. Da das Gesetz deshalb darüber keine Vorschrift trifft, dürfte allerdings das Recht zum späteren Wiederübertritt in eine höhere Klasse oder Stufe jetzt zu verneinen sein. Dagegen wird — der gegebenen Anregung entsprechend — wohl der Prüfung der Frage nähergetreten werden können, ob jene Befugnis — zunächst im Wege der Bundesratsverordnung für Kriegsteilnehmer und für die Kriegsdauer — neu einzuführen sei. Da die Besorgnis eines Mißbrauchs des Rechtes zuungunsten der Kassen nicht ausgeschlossen ist, hat das Reichswirtschaftsamt zunächst die großen Kassenverbände und das Reichsversicherungsamt zu einer Äußerung veranlaßt.

Arbeitsgemeinschaft der Archive für Kriegswohlfahrt.

Auf Anregung der „Freien Vereinigung für Kriegswohlfahrt" ist kürzlich ein Zusammenschluß der Wohlfahrtsarchive zustande gekommen. Diesen Archiven fällt die wichtige Aufgabe zu, die Erfahrungen der sozialen Fürsorge festzuhalten. Nur wenn dies in sorgfältiger und umfassender Weise geschieht, wird es möglich sein, die tiefgreifenden Veränderungen und zum Teil sehr wertvollen Errungenschaften, die der Krieg auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege und der Sozialpolitik hervorgerufen hat, wissenschaftlich zu verarbeiten und für die Friedenszeit praktisch zu verwerten. Zwischen den vorhandenen Archiven, die meist an praktisch arbeitende Organisationen angegliedert sind, ist eine gewisse Arbeitsteilung vorhanden, die auch auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge sich überstürzenden Kriegsnotwendigkeiten haben aber diese Grenzen vielfach verschoben. Da außerdem bisher fast kein Zusammenhang zwischen den einzelnen Archiven bestand, ist ein und dieselbe Arbeit vielfach von den verschiedensten Stellen aufgenommen worden, so daß eine große Zersplitterung der Arbeit entstanden ist. Auch wer über sozialfürsorgerische Maßnahmen, sei es zu praktischen, sei es zu theoretischen Zwecken, Auskunft haben will, hat große Mühe, die zuständige Stelle ausfindig zu machen. Noch schwerer wird es dem wissenschaftlichen Bearbeiter, sich zuverlässiges Material zu beschaffen. Um dieser Verwirrung zu steuern, ist daher eine Zusammenarbeit der bestehenden Archive herbeigeführt. In der Geschäftsstelle, die an die Zentralstelle für Volkswohlfahrt, Berlin W. 50, Augsburger Str. 61, angegliedert worden ist, ist eine Zentralnachweisestelle geschaffen worden, die über die Sammlungen der Archive genau unterrichtet ist, über die Weiterarbeit ständig auf dem Laufenden gehalten wird und außerdem in der Lage ist, den Archiven Anregungen zu geben. Allen Auskunftssuchenden ist daher dringend zu raten, sich an die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft zu wenden, die dann ihrerseits das zuständige Archiv zur Auskunfterteilung veranlaßt. Der Arbeitsgemeinschaft sind alle bedeutenden Archive auf dem Gebiete der eigentlichen Wohlfahrtspflege konfessioneller wie interkonfessioneller Art, sowie auch sozialpolitische Organisationen, die großen Gewerkschaftsverbände und Berufsorganisationen angeschlossen. Auch für Wohlfahrtsorganisationen, die der Arbeitsgemeinschaft nicht angeschlossen sind, dürfte es zweckmäßig sein, sich in Zweifelsfällen an die Geschäftsstelle zu wenden und vor allem ihr solche Anfragen zu überweisen, für deren Beantwortung sie sich selbst nicht für zuständig halten.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Versicherungspflicht trotz willkürlicher Aufgabe der Beschäftigung nach ganz kurzer Zeit.

1. **Nach Hadersleben.** Frage: Auf einem größeren Hofe im Kreise werden öfters Arbeiter in Arbeit genommen, die mitunter nur einen halben oder einen Tag Arbeit nehmen und dann wieder weggehen, ganz wie es ihnen beliebt. Nach dem Grund der Arbeitsunterbrechung befragt, bekommt der Besitzer in der Regel eine ganz ungehörige Antwort. Sie arbeiten eben, wenn es ihnen gefällt, und ziehen ab, wenn sie Lust haben. Sind denn solche Arbeiter auch versicherungspflichtig und sollen diesen alle Rechte aus der sozialen Versicherung zuerkannt werden?

Antwort: Wir setzen voraus, daß die Beschäftigungsdauer der Arbeiter nicht von vornherein auf weniger als eine Woche beschränkt ist, sei es nach der Natur der Sache oder durch den Arbeitsvertrag. Darnach würde keine unständige Beschäftigung vorliegen, so daß die Arbeiter ohne weiteres durch ihre Beschäftigung Pflichtmitglieder der zuständigen Kasse werden. Hierbei kommt es auch nicht darauf an, wie die Frist für die Kündigung bemessen ist oder ob eine solche Frist überhaupt nicht vereinbart oder die etwa vereinbarte Kündigungsfrist nicht eingehalten ist. Die Versicherungspflicht fällt auch nicht deswegen etwa fort, weil die Arbeiter wider Erwarten des Arbeitgebers die Beschäftigung nach kurzer Zeit — nach einem oder gar einen halben Tag — bereits wieder aufgeben. Zu prüfen wäre nur noch, ob nicht etwa Versicherungsfreiheit nach der Bekanntmachung über die Versicherungsfreiheit vorübergehender Dienstleistungen vom 17. November 1917 (ArbVers. 1913 S. 848) besteht. Zur Entscheidung dieser Frage enthält Ihr Schreiben keine hinreichenden Angaben.

Unzulässige Beschränkung der Familienhilfe (§ 205 Ziff. 1 RVO.).

2. **Nach R.** Frage: Unsere Kasse hat die Einführung der Familienhilfe und zwar Gewährung der ärztlichen Behandlung und Arznei beschlossen. Da es sich um einen Versuch handeln soll, ob die Kasse dies ohne Erhöhung der Beiträge ausführen kann, wurde beschlossen, nur die ärztliche Behandlung ohne Arztfuhren zu bezahlen. Das Versicherungsamt will diesen Satzungsnachtrag zur Genehmigung nicht weiter reichen, da zur ärztlichen Behandlung dieselben Leistungen gehören, wie sie nach § 182 RVO. zu gewähren sind. Ist das richtig?

Antwort: Die notwendigen Kosten der Reise des Arztes zum Kranken gehören zu den Kosten der ärztlichen Behandlung. Bei der Familienhilfe kann die Satzung allerdings den Umfang der zu gewährenden ärztlichen Behandlung, weil es sich um eine Mehrleistung handelt, deren Einführung in das freie Ermessen der Kasse gestellt ist, beschränken, aber immer nur so, daß die Kassenmitglieder gleichmäßig von der Beschränkung betroffen werden. Hiermit erscheint die beabsichtigte Bestimmung nicht verträglich, da sie die vom Wohnort der Ärzte entfernter wohnenden Mitglieder nötigen würde einen Teil der Kosten der ärztlichen Behandlung aus eigenen Mitteln zu bestreiten in Fällen, in denen die näher wohnenden Mitglieder vollständig kostenfreie Behandlung ihrer kranken Angehörigen erhalten.

Zusammentreffen von Kranken- und Unfallfürsorge.

3. **Nach Bünde.** Frage: Ein Mitglied hat am 23. Mai 1917 einen Betriebsunfall erlitten, so daß die Fürsorgepflicht der Berufsgenossenschaft am 23. August 1917 begann. Da das Mitglied zunächst arbeitsfähig war, begann die Krankengeldzahlung erst am 26. August, doch trat die Fürsorge der Unfallversicherung infolge unterlassener Anmeldung des Unfalls erst am 10. Januar ein. Wir bitten um Äußerung, bis wann Krankengeldanspruch besteht, da dieser allgemein vom Tage des Bezuges ab berechnet wird. Ändert hieran der Umstand etwas, daß es sich um einen Unfall handelt, die 26 Wochen seit dem Unfall also am 21. November 1917 endeten?

Antwort: Nein! Denn die Leistungspflicht der Kasse wird dadurch nicht berührt, daß die Berufsgenossenschaft zum Schadenersatz verpflichtet ist (§ 1501 Abs. 1 RVO.). Die Kasse hat also Krankengeld für 26 Wochen vom 26. August ab, nach näherer Vorschrift des § 183 zu gewähren, aber sie kann für die Zeit, für die der Versicherte auch einen Anspruch auf Unfallentschädigung hatte oder noch hat, Ersatz nach Maßgabe der §§ 1502 ff. aus der Unfallentschädigung beanspruchen (§ 1501 Abs. 2).

Wiederherstellung des regelmäßigen Beitrags- und Stimmenverhältnisses bei einer Innungskrankenkasse (§§ 341, 381 RVO.).

4. **Nach D.** Antwort: a) Bei Innungskrankenkassen kann „die Satzung" bestimmen, daß die Arbeitgeber und die Versicherungspflichtigen je die Hälfte der Beiträge zu tragen haben (§ 381 Abs. 2 Satz 1 RVO.). Geschieht dies bei der Errichtung der Kasse, so beschließt darüber die Innungsversammlung, da sie es ist, die die Kasse errichtet (§§ 320, 321); geschieht es aber später im Wege der Satzungsänderung (§ 381 Abs. 2 Satz 2), so ist die Beschlußfassung dem Ausschuß der Kasse vorbehalten (§ 345 Abs. 2 Ziff. 6). Ebenso hat nur der Ausschuß der Kasse, nicht die Innungsversammlung, zu beschließen, wenn die Halbierung der Beiträge beseitigt und das regelmäßige Verhältnis, daß die Versicherungspflichtigen ⅔, ihre Arbeitgeber ⅓ der Beiträge zu zahlen haben, wiederhergestellt werden soll. Denn auch dies erfordert eine Satzungsänderung. Einer getrennten Abstimmung darüber bedarf es nicht.

da nach der allgemeinen im § 345 Abs. 3 bei Satzungsänderungen, welche die Beiträge betreffen, ungetrennte Abstimmung genügt und da die besondere Vorschrift im § 381 Abs. 2 Satz 2 nur für die Einführung der Beitragshalbierung, nicht aber für ihre Beseitigung behufs Herstellung des regelmäßigen Verhältnisses gilt.

b) Wird dieses regelmäßige Beitragsverhältnis hergestellt, so muß auch das regelmäßige Stimmenverhältnis in den Kassenorganen wiederhergestellt werden, d. h. es muß, während bisher Arbeitgeber und Versicherte je die Hälfte der Stimmen hatten (§ 341 Abs. 2), die Satzung so geändert werden, daß die Arbeitgeber ⅓, die Versicherten ⅔ der Vertreter wählen (§§ 332, 335, 341 Abs. 1). Dies kann entweder durch Verminderung der Zahl der Arbeitgebervertreter oder durch Vermehrung der Zahl der Versichertenvertreter geschehen. Der Vorschlag, den vorhandenen Vertretern der Versicherten, ohne Vermehrung ihrer Zahl, nur ein entsprechend erhöhtes Stimmrecht zu gewähren, ist unhaltbar, weil das Gesetz ein mehrfaches Stimmrecht der einzelnen Organmitglieder (abgesehen vom Arbeitgeber bei der Betriebskrankenkasse, § 338 Abs. 3) nicht kennt.

Teuerungszulagen und Gehaltsaufbesserung für Kassenbeamte.

5. **Nach W.** Antwort: Wenn das Regulativ für die Kassenbeamten (§ 359 Abs. 4 RVO.) die Gewährung der gleichen Teuerungszulagen, wie sie die Gemeindebeamten beziehen, vorsieht, so steht das Recht auf diese Bezüge auch den zum Heeresdienst eingezogenen Kassenbeamten, also auch Ihrem Geschäftsführer zu (§ 66 des Reichsmilitärges..; ArbVers. 1917 S. 648 Ziff. 11). Wenn aber die Gemeindebeamten infolge neuer Feststellung ihrer Bezüge vom 1. April ab höhere Gehälter beziehen sollen, so ist zunächst eine Änderung des Regulativs erforderlich, um den Kassenbeamten die gleiche Aufbesserung zuteil werden zu lassen. Dies ist in Preußen Sache des Oberversicherungsamts (Erlaß v. 18. 2. 14 Ziff. 5, ArbVers. 1914 S. 186). Eine Mitwirkung des Vorstandes ist dabei nicht vorgesehen, aber selbstverständlich kann er, wie jeder andere Beteiligte, bei dem Oberversicherungsamt die Anregung zu einer entsprechenden Änderung des Regulativs geben.

Kann gegen Arbeitgeber eingeschritten werden, wenn sie Arbeitsunfähige zur Arbeit zwingen?

6. **Nach Sorau.** Frage: Es ist in letzter Zeit wiederholt vorgekommen, daß Arbeitgeber die vom Kassenarzt erwerbsunfähig geschriebenen Leute, zum Teil unter Anwendung von Gewaltsmaßregeln, zur Arbeit zwingen und sie dadurch der Gefahr der Bestrafung durch den Kassenvorstand wegen Übertretung der Vorschriften der Krankenordnung aussetzen. Namentlich gegenüber den Dienstboten greift diese Unsitte um sich. Die Bestrafung der Mitglieder ist in solchen Fällen entschieden eine Härte, anderseits muß aber die Kasse auf Innehaltung der dem Kranken vom Arzt gegebenen Verhaltungsvorschriften und der Krankenordnung dringen, um eine Verschleppung der Krankheit und eine damit im Zusammenhange stehende unnötige Inanspruchnahme der Kasse zu verhüten. Wie kann die Kasse dem entgegentreten? Die RVO. bietet unseres Erachtens hierzu keine Handhabe.

Antwort: Die RVO. bietet allerdings keine Handhabe zum Einschreiten gegen den Arbeitgeber, wohl aber unter Umständen das Reichsstrafgesetzbuch. Wenn nämlich der Versicherte tatsächlich arbeitsunfähig ist, so hat der Arbeitgeber keinen Anspruch darauf, daß jener arbeite, und die ihm vom Versicherten trotzdem geleistete Arbeit würde für ihn ein rechtswidriger Vermögensvorteil sein. Erzwingt er nun die Arbeit unter Anwendung von Drohungen oder Gewalt, so begeht er eine Erpressung (§ 253 StrGB.). Voraussetzung ist natürlich, daß der Arbeitgeber vorsätzlich handelt; er muß also das Bewußtsein haben, daß er auf die Arbeit infolge der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten keinen Anspruch hat. Dies wird sich aber kaum nachweisen lassen. Erpressung wird von Amts wegen verfolgt. Die Strafanzeige könnte also von der Kasse erstattet werden.

Einfluß von Teuerungszulagen auf Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung.

7. **Nach Wiesbaden.** Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat bekanntlich angenommen, daß die Teuerungszulagen im allgemeinen dem Entgelt zuzurechnen sind, „wenn es sich nicht um einmalige oder gelegentliche, sondern, wie hier, um größere Gruppen von Beschäftigten in regelmäßigem Wiederkehr gewährte Leistungen handelt“ (ArbVers. 1917 Heft 36 S. 816). Demgemäß rechnet das RVA. eine solche Zulage auch dem für die Grenze der Versicherungspflicht nach §§ 165, 1226 RVO. maßgebenden „regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst“ zu (das. Heft 24 S. 566), und gleiches wird folgerichtig für das hinsichtlich des regelmäßigen jährlichen „Gesamteinkommens“, das nach §§ 176, 314 für die Versicherungsberechtigung in Betracht kommt, gelten müssen. Das führt allerdings zu unerfreulichen Ergebnissen, die aber im Wege ungezwungener Gesetzesauslegung kaum zu umgehen sein werden und denen wohl nur im Wege der Gesetzgebung (durch eine Bundesratsverordnung) wird abgeholfen werden können. Zu vgl. „Betriebskrankenkasse“ 1917 Heft 24 S. 248. Der Hinweis auf die Entsch. in ArbVers. 1916 S. 607 erscheint nicht begründet. Denn hier handelt es sich nicht um eine nur vorübergehende Erhöhung, wie dort um eine vorübergehende Minderung des Verdienstes, sondern die regelmäßig wiederkehrende Teuerungszulage stellt eine Erhöhung für (leider!) nicht absehbare Zeit dar.

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen Dritte wegen Unterhalts im Krankenhause.

8. **Nach Troisdorf.** Frage: Bei einem Eisenbahnunfall wurden drei Mitglieder unserer Kasse erheblich verletzt. Die Eisenbahndirektion hat unseren Ersatzanspruch im Rahmen des Reichshaftpflichtgesetzes vom 7. Juni 1871 anerkannt, ist aber der Ansicht, daß für den Unterhalt im Krankenhause Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden könnte. Wir teilen diese Auffassung nicht, meinen vielmehr, daß § 1503 Abs. 2 RVO. nur für Versicherungsträger untereinander gilt. Ist unsere Auffassung zutreffend?

Antwort: Nicht ganz! Es handelt sich um einen nach § 1542 RVO. auf die Kasse übergegangenen Anspruch. Dort ist im Abs. 2 der § 1503 als entsprechend anwendbar bezeichnet. Es ist also nicht richtig, daß § 1503 Abs. 2 „nur für Versicherungsträger untereinander gilt“, vielmehr gilt er in Fällen des § 1542 auch für die „Beziehungen zu anderen Verpflichteten“ (vgl. Überschrift zum 2. Abschnitt, §§ 1527 ff.), also auch im Verhältnis der Krankenkasse zu dem Schadenersatzpflichtigen. Aber die An-

wendbarkeit des § 1503 in solchen Fällen beschränkt sich nach ausdrücklicher Vorschrift des § 1542 Abs. 2 nur „auf das Maß des Ersatzes" und gilt nicht für den Gegenstand des Zugriffs. Das heißt: die Krankenkasse kann für Krankenpflege und Unterhalt im Krankenhause zusammen $^7/_8$ des Grundlohns berechnen und diesen Betrag voll ersetzt verlangen, soweit der auf sie übergegangene Schadenersatzanspruch des Versicherten gegen die Eisenbahndirektion reicht (zu vgl. Hahn in „Betriebskrankenkasse" 1918 Nr. 3 S. 20, 21). Die Direktion kann also der Kasse nicht entgegensetzen, daß für den Unterhalt Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden könne.

Ersatzanspruch einer früheren Hilfskasse (§ 75 KVG.) gegen einen Dritten.

9. Nach Berlin. Antwort: Der Unfall, wegen dessen die Kranken- und Sterbekasse (jetzt Ersatzkasse im Sinne der RVO., damals Eingeschriebene Hilfskasse im Sinne des § 75 KVG.) dem Verletzten Leistungen gewährt hat und Ersatz ihrer Aufwendungen von der Omnibusgesellschaft fordert, hat sich am 23. Dezember 1912 ereignet. Der Ersatzanspruch der Kasse gegen diese Gesellschaft ist daher nach dem Krankenversicherungsgesetz zu beurteilen. Er gründet sich auf § 57 Abs. 4 KVG., der nach § 76 auch für die „im § 75 bezeichneten Hilfskassen" galt. Darunter waren alle Hilfskassen zu verstehen, die dem § 75 genügten und die im § 75a bezeichnete Bescheinigung besaßen. Die Motive bemerkten: es liege kein Grund vor, Gemeinden und Armenverbände gegenüber den freien Hilfskassen anders zu behandeln als die Zwangskassen, und ebenso entspreche es der Billigkeit, die gesetzlichen Entschädigungsansprüche der Versicherten gegen Dritte unter derselben Voraussetzung und in demselben Umfange auf die Hilfskassen übergehen zu lassen, wie sie nach § 57 Abs. 4 auf die Zwangskassen übergehen (Hahn, Kommentar zum KVG. 7. Aufl. Anm. a und b zu § 76). Es ist hiernach ohne Belang, ob das Mitglied einer solchen Hilfskasse versicherungspflichtig war oder nicht und ob es als Versicherungspflichtiger von der Befreiung nach § 75 tatsächlich Gebrauch gemacht hat oder nicht. Für das neue Recht hat das RVA. hinsichtlich der Ersatzkassenmitglieder im entgegengesetzten Sinne entschieden (Entsch. 2117 Amtl. Nachr. S. 711, ArbVers. 1916 S. 13) in den Gründen der Entscheidung aber hervorgehoben, daß der Gesetzgeber „in bewußter Abweichung vom bisherigen Recht" den Ersatzkassen einen Ersatzanspruch nicht mehr eingeräumt habe, soweit sie Versicherungspflichtige unterstützen, deren Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse nicht nach § 517 RVO. ruhen. Hiernach halten wir den Ersatzanspruch der Kranken- und Sterbekasse für begründet.

Die nach § 169 RVO. Versicherungsfreien haben keinen Anspruch auf Leistungen aus § 214 RVO.

10. Nach Berlin. Antwort: Daß der § 169 RVO. sich keineswegs nur auf Beamte, sondern auch auf andere Beschäftigte bezieht, die in ähnlichem Maße wie Beamte in ihren Ansprüchen gesichert sind, hat das Reichsversicherungsamt bereits entschieden (2206 Amtl. Nachr. 1916 S. 519, ArbVers. 1916 S. 586). Wenn einem solchen Beschäftigten „Anspruch auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen" gewährleistet ist, so kann allerdings in Frage kommen, ob auch der erwerbslos Ausgeschiedene noch unter den Voraussetzungen des § 214 RVO. Anspruch auf Krankenhilfe in einem nach seinem Ausscheiden eingetretenen Versicherungsfalle hat; denn daß die Leistungen aus § 214 zu den Regelleistungen der Krankenkassen gehören, kann, da sie im 2. Buche der RVO. vorgeschrieben sind, nicht zweifelhaft sein (§ 179). Dennoch ist jene Frage zu verneinen, weil die erste Voraussetzung des § 214 im Falle des § 169 nicht gegeben ist. Denn § 214 gilt nach seiner Fassung und nach seiner Entstehungsgeschichte nur für diejenigen, die aus der Kasse ausscheiden (vgl. § 28 KrVersGes.), und zwar aus der Pflichtversicherung bei der Kasse (vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 34). An einer Bestimmung, daß die auf § 169 beruhende Versicherungsfreiheit allgemein oder besonders im Sinne des § 214 der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse gleich gelten solle (vgl. z. B. § 419 Abs. 2), fehlt es im Gesetze. Die Anwendung des § 214 auf die nach § 169 Versicherungsfreien läßt sich daher nicht begründen. Sie erscheint auch nach dem Zwecke des § 169 ausgeschlossen, der — wie erwähnt — dahin geht, die Beschäftigten „in ähnlichem Maße wie Beamte" in ihren Ansprüchen zu sichern. Den Beamten pflegen aber Ansprüche nur eingeräumt zu werden für den Fall der Erkrankung bei bestehendem Beschäftigungsverhältnisse, nicht auch für Erkrankungen, die erst nach ihrem Ausscheiden aus der Beschäftigung eintreten.

Deckung eines Fehlbetrages bei Vereinigung von Ortskrankenkassen.

11. Nach Dr. Antwort: Hat die Bilanz der aufgenommenen Kasse einen Fehlbetrag ergeben, so ist er zunächst nicht vom Gemeindeverbande, sondern von der nach § 288 RVO. für die Schulden haftenden aufnehmenden Kasse zu decken, die dafür die übernommenen Versicherten nach näherer Vorschrift des § 296 Abs. 3 zu höheren Beiträgen heranziehen kann. Eine Beihilfe des Gemeindeverbandes kommt erst in Frage, wenn die Beiträge bei der aufnehmenden Kasse ohne Erfolg auf 6 v. H. des Grundlohns erhöht worden sind (§§ 389, 390 RVO.; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 296).

Krankenkassenzugehörigkeit von Gärtnereibetrieben.

12. Nach Nauen. Antwort: Unsere Auskunft im Jahrg. 1917 Heft 10 S. 239, 240 bezieht sich nur auf Haus- und Ziergärten. Die gewerblichen Gärtnereien gelten nach § 917 RVO. immer als landwirtschaftliche Betriebe und ihre Beschäftigten gehören daher nach § 235 in die Landkrankenkasse, nicht in die Allgemeine Ortskrankenkasse. Es ist durchaus irrig, diejenigen Gärtnereibetriebe, die zur Gärtnereiberufsgenossenschaft gehören, für die Allgemeine Ortskrankenkasse in Anspruch zu nehmen. Denn die Abzweigung dieser Betriebe von den landwirtschaftlichen Genossenschaften und ihre Zuweisung an eine besondere Genossenschaft ist nur von organisatorischer Bedeutung für die Unfallversicherung und ändert nichts daran, daß es sich in allen Fällen um landwirtschaftliche Betriebe handelt, deren Krankenkassenzugehörigkeit sich nach § 235 bestimmt.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1203 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 21. März 1918 | Heft 9

Zum Beschwerdeverfahren der RVO.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

1. Die formale Behandlung der Eingänge bei den staatlichen und gemeindlichen Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten der Arbeiterversicherung vollzog sich vor Erlaß der RVO. im Rahmen der für den sonstigen Geschäftsbetrieb maßgebenden Vorschriften der Landesgesetze. Nur der Geschäftsgang der Versicherungsträger der Unfall- und Invalidenversicherung und der für die Erledigung von Streitigkeiten über Ansprüche aus der Arbeiterversicherung errichteten Versicherungsbehörden (Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung „RVA., LVA.") war in den früheren Arbeiterversicherungsgesetzen oder in den zu ihrer Ausführung erlassenen Kaiserlichen Verordnungen geregelt. Ausschließlich zuständig waren diese Versicherungsbehörden für die Entscheidung von Streitigkeiten über Entschädigungsansprüche auf dem Gebiete der Unfallversicherung und über Ansprüche auf Alters- und Invalidenrenten, während das RVA. auch Verwaltungsangelegenheiten im Bereiche der Unfall- und Invalidenversicherung zu erledigen hatte. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung aber waren ausschließlich die Landesbehörden zuständig, eine Mitwirkung der Versicherungsbehörden war nicht vorgesehen. Neben den eigentlichen Verwaltungsbehörden war die Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte und der ordentlichen Gerichte in weitestem Umfange begründet. Insbesondere waren für die Streitigkeiten über Leistungen aus der Krankenversicherung in Preußen die ordentlichen Gerichte zuständig, in anderen Bundesstaaten die Verwaltungsgerichte.

Mit Inkrafttreten der RVO. ist hierin eine wesentliche Änderung eingetreten, indem auch die Wahrnehmung von Verwaltungssachen besonderen Versicherungsbehörden (Versicherungsämtern) übertragen und die Zuständigkeit der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung unter gleichzeitiger Umwandlung dieser Behörden in Oberversicherungsämter sowie die Zuständigkeit des RVA. auf Streitigkeiten über Ansprüche aus der Krankenversicherung erweitert worden ist. Es gibt nunmehr ein besonderes Beschwerdeverfahren auch für die Angelegenheiten der Krankenversicherung. Die eigentlichen Staatsbehörden sind so gut wie ausgeschaltet. An die Stelle der Landräte und Magistrate (Bürgermeister) sind die staatlichen und gemeindlichen Versicherungsämter getreten. Die von den höheren Verwaltungsbehörden (Regierungspräsidenten, Oberpräsident von Berlin) wahrgenommenen Geschäfte sind auf die früheren Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung übergegangen, die unter der Bezeichnung Oberversicherungsamt unter dem Vorsitz des Regierungspräsidenten (Oberpräsidenten von Berlin) Streit- und Beschlußsachen erledigen.

Die notwendige Folge dieser Organisationsänderung war, daß für den Ge-

schäftsgang der neuen Behörden, namentlich soweit es sich um das Beschlußverfahren handelt, besondere Vorschriften vorgesehen werden mußten. Das ist auch im ersten Buch der RVO. geschehen. Die neuen Vorschriften haben nicht nur, wie nach dem früheren Recht, für das Spruchverfahren Geltung, sondern sie wirken darüber hinaus auch für das Beschlußverfahren, also für die Erledigung von Rechtsbeschwerden. Geht hier im Rechtsmittelzug die Beschwerde gegen die Entscheidungen der Oberversicherungsämter nicht an das RVA., sondern an die oberste Verwaltungsbehörde, wie das bei Beschlüssen der Oberversicherungsämter über die äußere Organisation der Krankenkassen vorgesehen ist — vgl. § 233 (Anordnung über Errichtung von Allgemeinen Ortskrankenkassen und von Landkrankenkassen), § 254 (Errichtung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen), § 284 (Vereinigung, Auflösung, Schließung von Krankenkassen, sowie Ausscheidung aus ihnen), § 355 Abs. 4, 5 (Genehmigung der Dienstordnungen) — ausdrücklich vorgesehen ist und auch in Fällen gleicher Art angenommen wird — vgl. RVA. Entscheidung vom 7. März 1913 (Amtl. Nachr. S. 413), vom 5. Juni 1915 (Amtl. Nachr. S. 584), vom 29. August 1914 (Amtl. Nachr. S. 769), vom 19. September 1914 (Amtl. Nachr. 1915 S. 588) —, so kommen für die formale Behandlung der Beschwerden nicht die Vorschriften der Landesgesetze, sondern diejenigen der RVO. zur Anwendung. Darauf ist zu achten, da die beiden Vorschriften im einzelnen voneinander abweichen und daher eine verschiedene Behandlung der Beschwerden verlangen.

2. Nach § 128 RVO. sind Rechtsmittel, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt, binnen einem Monat nach Zustellung der angefochtenen Entscheidung einzulegen. In Preußen beträgt die Beschwerdefrist gegen Beschlüsse der Kreisausschüsse und Stadtausschüsse sowie der Bezirksausschüsse nach § 121 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 (Gesetz. Samml. S. 195) zwei Wochen. Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen den beiden Gesetzen besteht darin, daß die Beschwerde nach § 129 Abs. 1 RVO., vorbehaltlich abweichender Vorschriften in einzelnen Fällen, bei der Stelle einzulegen ist, die zu entscheiden hat, während nach § 122 Abs. 1 des Landesverwaltungsgesetzes die Beschwerde immer bei derjenigen Behörde, gegen deren Beschluß sie gerichtet ist, eingereicht werden muß. In beiden Gesetzen ist die Besonderheit zugelassen, daß die Beschwerdefrist als gewahrt gilt, wenn die Beschwerde nicht bei der vorgeschriebenen Stelle eingelegt wird. Das Landesverwaltungsgesetz beschränkt sich darauf, die Frist als gewahrt zu bezeichnen, wenn die Beschwerde rechtzeitig bei derjenigen Behörde angebracht wird, welche zur Beschlußfassung darüber zuständig ist. Dies hat dann die Beschwerde unverzüglich an die Stelle abzugeben, gegen deren Beschluß sie gerichtet ist. (§ 122 Abs. 5 Landesverwaltungsgesetzes.) Nach § 129 Abs. 2 RVO. gilt die Frist als gewahrt nicht nur, wenn die Beschwerde rechtzeitig bei der Behörde, gegen deren Entscheidung sie gerichtet ist, sondern auch dann, wenn sie bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Organ der Versicherungsträger eingegangen ist. Diese Stellen haben dann die Rechtsmittelschrift an die zuständige Stelle abzugeben. Diese für das Rentenstreitverfahren im Interesse der Rentenbewerber für notwendig erachtete Vergünstigung entbehrt naturgemäß der Begründung, sobald Behörden, Versicherungsträger oder Arbeitgeber Parteien sind. Sie muß trotzdem auch für das Beschwerdeverfahren, z. B. in Organisationsfragen der Krankenkassen, zur Anwendung kommen, wobei unter der Bezeichnung „Versicherungsträger" bei Beschwerden aus der Krankenversicherung nicht etwa nur die Krankenkassen, sondern alle anderen Versicherungsträger, also auch Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten fallen. Ohne Kenntnis der Entstehungsgeschichte dieser Vorschrift muß diese Regelung einen höchst willkür-

lichen Eindruck hervorrufen, jedenfalls steht sie mit der im allgemeinen verfolgten Absicht der Gesetzgebung, die Rechtsmittel namentlich im Beschwerdeverfahren tunlichst einzuschränken, kaum in Einklang. Auch die Anbringung der Beschwerde bei der Stelle, die über die Beschwerde zu entscheiden hat, kann als zweckmäßig nicht bezeichnet werden, zumal dadurch Schreibwerk und Zeitversäumnis entstehen. Abgesehen davon, daß die Behörde, deren Entscheidung angefochten ist, zunächst zum Bericht aufgefordert werden muß, geht auch der im Landesverwaltungsgesetz vorgesehene Vorteil verloren, daß bei Fristversäumnis der Vorsitzende dieser Behörde das Rechtsmittel ohne weiteres durch einen mit Gründen versehenen Bescheid zurückweisen kann (§ 122 Abs. 2 Landesverwaltungsgesetzes), und daß, wenn die Frist gewahrt ist, diese Behörde die Erklärung der Gegenpartei einfordern und sich bei Überreichung der Vorgänge an die höhere Instanz über die Rechtslage erschöpfend aussprechen kann (§ 122 Abs. 3 LVG.). Alle diese für das Beschwerdeverfahren äußerst wertvollen Umstände fallen im Vollzug der RVO. fort. Diese Mängel sind aber nicht beabsichtigt, sondern unwillkürlich dadurch entstanden, daß bei Abfassung der Vorschrift im § 129 RVO. in erster Linie an das Rentenstreitverfahren gedacht ist.

3. Sowohl im Landesverwaltungsgesetz als auch in der RVO. ist nur von der „Einlegung" der Rechtsmittel die Rede. Was unter der Einlegung zu verstehen ist, sagt das Gesetz nicht. Es entsteht daher die Frage, ob das Rechtsmittel auch begründet werden muß oder ob jede Äußerung, die die Unzufriedenheit des Beschwerdeführers mit der getroffenen Entscheidung erkennen läßt, unter Umständen also die einfache Einlegung der Beschwerde, ausreichend erscheint. Daß ein Rechtsmittel, um nicht von vornherein als unbegründet zu erscheinen, begründet werden muß, ist immer als selbstverständlich angesehen worden, weil ohne Angabe der Gründe in der Regel nicht zu erkennen ist, wodurch sich derjenige, welcher von dem Rechtsmittel Gebrauch macht, in seinen Rechten verletzt glaubt. Eine abweichende Beurteilung in dieser Richtung ist erst durch die Rechtsprechung des RVA. auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung eingetreten. Hier wird daran festgehalten werden, daß als Berufung, Rekurs oder Revision jede Eingabe zu gelten hat, mittels deren der Kläger seine Unzufriedenheit mit dem ihm zugegangenen Bescheid (Entscheidung) zu erkennen gibt. Eine Berufung usw. wird daher schon in der ohne Anschreiben bewirkten Einsendung des Bescheids oder der Entscheidung, ebenso in der Übersendung eines zugunsten des Rentenbewerbers ausgestellten ärztlichen Gutachtens gesehen. Die Einreichung eines förmlichen Schriftsatzes wird nicht für notwendig erachtet werden, weil eine solche Forderung zu einer mit den Zwecken der sozialen Gesetzgebung nicht vereinbaren Förmlichkeit führen und den häufig unerfahrenen und nicht schreibgewandten Berechtigten die Durchführung des Rechtsmittels ohne die meist kostspielige Hilfe eines Rechtsverständigen erschweren würde, vgl. RVA. Entsch. vom 28. März 1892 (Amtl. Nachr. J. u. AV. 1893 S. 126) und vom 21. September 1896 (Amtl. Nachr. 1897 S. 403).

Diese Stellungnahme des RVA. findet allerdings ihre volle Berechtigung in der Erwägung, daß es im Gegensatz zu dem Zivilprozeßverfahren Pflicht der rechtsprechenden Instanzen ist, das Verfahren von Amts wegen zu betreiben, weil das öffentliche Interesse an der sachgemäßen Durchführung der Arbeiterversicherung erfordert, daß jeder zu dem Recht gelangt, das ihm nach dem Gesetz zusteht. Dabei ist es unerheblich, daß sowohl der Anspruch auf Invaliden-, Alters- oder Hinterbliebenenrente als auch auf Leistungen aus der Krankenversicherung von dem Antrage des Berechtigten abhängig ist (§ 1545 RVO.); vgl. Handbuch der Unfallversicherung 3. Bd. S. 698. Diese von der Fürsorge für den Anspruchsberechtigten beeinflußte Sonder-

behandlung der Rechtsmittel im Rentenstreitverfahren kann naturgemäß der anderen Partei, den Versicherungsträgern, aus Gründen der Gleichmäßigkeit nicht versagt werden, sie darf aber jedenfalls im Beschwerdeverfahren keine Geltung gewinnen, zumal es sich hier nicht um Ansprüche der Versicherten handelt und in der Regel Versicherte nicht Beschwerdeführer sind. Zu bedenken ist auch, daß sich durchweg im Rentenstreitverfahren aus der Bezeugung der Unzufriedenheit nach Lage des Streitfalles ohne weiteres der Grund der Beschwerde und des Anspruchs von selbst ergibt, während im Beschwerdeverfahren der Streitgegenstand im Regelfall so mannigfaltig gestaltet ist, daß ohne eine genaue Angabe der Beschwerdegründe die Entscheidung einer sicheren Unterlage entbehrt. Auch kann selbstredend hier von einem Offizialbetrieb nicht die Rede sein.

4. Muß also angenommen werden, daß die Beschwerde zu begründen ist, so entsteht die weitere Frage, ob die **Begründung auch innerhalb der Beschwerdefrist** zur Kenntnis der Stelle, bei der die Beschwere einzulegen ist, angebracht werden muß. Da die Begründung ein notwendiger Bestandteil der Beschwerde ist, so muß auch bei der Begründung die Beschwerdefrist gewahrt werden. Hierfür spricht auch mit zwingender Notwendigkeit die Erwägung, daß die Angelegenheit sofort nach Ablauf der Beschwerdefrist für die Entscheidung reif wird und daß daher die Behörde in der Lage ist, gleich die Entscheidung zu fällen. Ist die Beschwerde nicht innerhalb der Beschwerdefrist begründet, so ist sie zwar rechtzeitig eingelegt, aber nicht rechtzeitig begründet. Die Entscheidung muß alsdann dahin gehen, daß die Beschwerde als unbegründet zurückgewiesen wird. Die nach Ablauf der Beschwerdefrist eingehende Begründung kann an diesem Ergebnis nichts ändern und darf daher nicht berücksichtigt werden, denn der der anderen Partei durch die Versäumung der Begründung innerhalb der Beschwerdefrist erwachsene Vorteil darf nicht nachträglich wieder hinfällig gemacht werden. Sollte die Berücksichtigung einer nicht rechtzeitig eingehenden Begründung als zulässig oder gar als notwendig bezeichnet werden, so würde vergeblich nach einer Antwort auf die Frage gesucht werden, innerhalb welchen Zeitraums nach Ablauf der Beschwerdefrist die verspätet eingehende Begründung noch zu berücksichtigen ist. Wäre eine solche nachträgliche Rücksichtnahme auf die Begründung zulässig, so wäre die Entscheidung vom Zufall abhängig, da es dann lediglich darauf ankäme, ob die Beschwerdeinstanz früher oder später nach Ablauf der Beschwerdefrist tatsächlich entscheidet. Hat diese Instanz bei Eingang der Begründung schon entschieden, so würde es bei der Zurückweisung der unbegründeten Beschwerde zu verbleiben haben; hat sie dagegen zufällig noch nicht entschieden, so müßte die Beschwerde als rechtzeitig begründet behandelt werden. Ein solches Verfahren würde mit dem Begriff der Rechtsbeschwerde nicht vereinbar sein. Hiernach muß also daran festgehalten werden, daß mit Ablauf der Beschwerdefrist der Beschwerdeführer jeden Anspruch auf Berücksichtigung seiner Äußerungen verloren hat, so daß seine nach Ablauf der Beschwerdefrist eingehenden Schriftstücke unberücksichtigt bleiben.

5. Kann die nach Ablauf der Beschwerdefrist eingehende Begründung die Beschwerde nicht mehr zu einer „begründeten" Beschwerde machen, so bleibt immer noch die Frage zu prüfen übrig, ob die Behörde, die über die Beschwerde zu entscheiden hat, oder die Behörde, gegen die die Beschwerde gerichtet ist, zur **Begründung der Beschwerde eine Nachfrist bewilligen** kann. Da in einem instanziellen Beschwerdeverfahren keine Partei auf Kosten der anderen für sich Vorteile in Anspruch nehmen darf, die im Gesetz eine Grundlage nicht finden, so ergibt sich schon hieraus, daß die Nachfrist nur bewilligt werden darf, wenn der Behörde diese Befugnis im Gesetz ausdrücklich beigelegt ist. Nach § 122 Abs. 2, 3 des Landesverwaltungsgesetzes ist

allerdings die Behörde, bei der die Beschwerde einzulegen ist, berechtigt, in nicht schleunigen Sachen zur Rechtfertigung der Beschwerde und der Gegenerklärung der Gegenpartei, der die Beschwerde zur schriftlichen Gegenerklärung binnen 2 Wochen zugestellt wird, eine Nachfrist von 2 Wochen zu gewähren. Diese zugelassene Verlängerung der ursprünglichen Frist findet ihre Rechtfertigung in der kurzen Bemessung der Beschwerdefrist von 2 Wochen; bei verwickelteren Sachen kann sie sich naturgemäß leicht als nicht ausreichend erweisen. In der RVO., wo die Beschwerdefrist einen Monat ausmacht, findet sich eine solche Befugnis für die Behörden nicht, die Behörden dürfen also die einmonatige Frist zur Begründung der Beschwerde nicht verlängern. Der durch die Versäumung der Frist der anderen Partei entstandene Vorteil darf ihr auch hier nicht wieder entzogen werden. Das folgt aus dem Wesen des instanziellen Beschwerdeverfahrens im Gegensatz zur Aufsichtsbeschwerde, bei der allenthalben ein freieres Ermessen Platz greifen darf.

Die zusammengefaßte Regelung der Einlegung der Rechtsmittel im § 129 RVO. für alle Zweige der Arbeiterversicherung und sowohl für das Spruch- als auch für das Beschwerdeverfahren kann in der vorliegenden Form als zweckmäßig nicht bezeichnet werden. Es erscheint zum mindesten notwendig, die Vorschrift im § 129 Abs. 2 RVO. auf die Rechtsmittel zu beschränken, die von den Versicherten eingelegt werden. Auch im § 128 RVO. wird zur völligen Klarstellung der Rechtslage vorzuschreiben sein, daß die Rechtsmittel innerhalb der Frist nicht nur einzulegen, sondern auch zu begründen sind. Zu erwägen wäre noch, ob der Behörde das Recht gegeben werden soll, zur Rechtfertigung der Beschwerde oder der Gegenerklärung eine Nachfrist zu bewilligen. Aus der Prüfung dieser Gesichtspunkte wird sich von selbst eine eingehendere Regelung ergeben.

Die freiwilligen Leistungen der Träger der Invalidenversicherung unter dem Einfluß der Verordnung über die Rentenzulagen.*)

Von Landesrat Wimmer in Breslau.

Mir ist von dem ständigen Ausschuß der Deutschen Landesversicherungsanstalten der Auftrag zuteil geworden, der Vollversammlung Bericht zu erstatten, welchen Einfluß die durch die Bundesratsverordnung vom 3. Januar 1918 den Trägern der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auferlegte Tragung der Kosten für die Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- und Witwerrente auf die freiwilligen Leistungen der Versicherungsträger ausüben wird.

Zu den freiwilligen Leistungen der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gehören: 1. die Durchführung eines Heilverfahrens, um die infolge einer Erkrankung drohende oder bestehende Invalidität abzuwenden oder wieder aufzuheben (§§ 1209 und 1305 RVO.); 2. die Verwendung von Überschüssen des Sondervermögens über die gesetzlichen Leistungen hinaus zum wirtschaftlichen Nutzen der Rentenempfänger und der Versicherten, sowie ihrer Angehörigen (§ 1400 RVO.); 3. die Unterbringung von Rentenempfängern auf Antrag in einem Invaliden- oder Waisenhaus oder einer ähnlichen Anstalt (§ 1277 RVO.); 4. die Aufwendung von Mitteln für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung (§ 1274 RVO.).

Die Träger der Invalidenversicherung haben schon unter der Herrschaft des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes von der Befugnis, ihre Mittel zu freiwilligen Leistungen zu verwenden, Gebrauch gemacht. Insbesondere war es das Heilverfahren, dessen Pflege sich die Versicherungsträger besonders haben angelegen sein lassen. Aus kleinen Anfängen in den ersten Jahren seit Inkrafttreten der Invalidenversicherung heraus, hat dasselbe eine fortschreitende Entwicklung genommen, so daß im letzten Jahre vor dem Kriege (1913) die gesamten 41 Versicherungsträger eine Summe von 25 120 000 ℳ (einschließlich des gesetzlichen Hausgeldes) für die Durchführung von Heilverfahren verausgabt haben. Dann sind diese Ausgaben infolge des Krieges zurückgegangen, und zwar auf rund 21 000 000 ℳ im Jahre 1914 und auf 14½ Million Mark im Jahre 1915. Die abschließenden Zahlen für 1916 liegen

---

*) Bericht, erstattet in der Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten zu Leipzig am 19. Januar 1918. — Dieser Bericht betrachtet die von Düttmann im Heft 5 S. 81 ff. behandelte Frage von einer einzelnen, besonders wichtigen Seite.

noch nicht vor. Der Grund des Rückgangs liegt darin, daß die Mehrzahl der Versicherungsträger ihre Heilanstalten der Militärverwaltung zur Pflege verwundeter und erkrankter Kriegsteilnehmer zur Verfügung gestellt haben und die Zahl der Heilverfahrenanträge während des Krieges zurückgegangen war.

Im Zusammenhange mit den Ausgaben für Heilverfahren stehen die Aufwendungen, die die Versicherungsträger auf Grund des § 1400 RVO. alljährlich machen; sie haben bisher ausnahmslos dazu gedient, das gesetzliche Hausgeld für Versicherte, welche sich im Heilverfahren befinden und Angehörige zu unterhalten haben, zu erhöhen. Die Ausgaben sämtlicher Versicherungsträger hierfür haben 1913 die Höhe von 2 100 000 *M* erreicht und sind, bei der Abnahme der Heilverfahrenanträge während des Krieges, 1914 auf 1 800 000 *M* und 1915 auf 970 000 *M* zurückgegangen.

Die Ausgaben der Versicherungsträger für die Invaliden- und Waisenhauspflege, welche während des Krieges einen Rückgang nicht erfahren haben, sondern vielmehr in fortschreitender Aufwärtsbewegung sind, haben 1915 rund 1 600 000 *M* erfordert.

Von großer Bedeutung ist bei den freiwilligen Leistungen der Versicherungsträger der seit dem 1. Januar 1912 geltende § 1274 RVO. Die Ausgaben der Versicherungsträger auf Grund dieser Bestimmung sind von rund 1 000 000 *M* im Jahre 1912 auf rund 1 500 000 *M* im Jahre 1916 gestiegen. Außer diesen Beträgen haben aber sämtliche Versicherungsträger während des Krieges weit erheblichere Aufwendungen für Kriegswohlfahrtszwecke gemacht. Dieselben betrugen im Jahre 1914 7 800 000 *M*, im Jahre 1915 rund 20 000 000 *M* und im Jahre 1916 18 600 000 *M*.

Nun wird aber meines Erachtens infolge der durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse sich für die Versicherungsträger die dringende Notwendigkeit ergeben, diese freiwilligen Leistungen nach Friedensschluß noch zu erhöhen.

Was zunächst das Heilverfahren und die mit der Durchführung des Heilverfahrens in engster Verbindung stehenden Aufwendungen auf Grund des § 1400 RVO. betrifft, so ist mit voller Bestimmtheit anzunehmen, daß die Anträge auf Übernahme des Heilverfahrens nach Beendigung des Krieges sehr erheblich steigen werden, insbesondere von Versicherten, deren Gesundheit durch die Teilnahme am Kriege und die während des Krieges eingetretene Verschlechterung der Ernährung gelitten hat, insbesondere die an Lungentuberkulose erkrankt sind, da diese Krankheit infolge des Krieges eine sehr erhebliche Zunahme erfahren hat. Es ist aber notwendig, daß die Versicherungsträger allen in dieser Beziehung an sie herantretenden berechtigten Anträgen Folge geben, wenn nicht die gesundheitlichen Verhältnisse und die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der versicherten Bevölkerung und damit auch die Allgemeinheit Schaden leiden sollen und letzten Endes auch die Versicherungsträger durch die alsdann notwendige vorzeitige Gewährung von Invaliden- und Witwenrenten in einer späteren Zeit erhebliche finanzielle Lasten werden übernehmen müssen. Insbesondere werden die Versicherungsträger für die vielen Lungenkranken durch Übernahme einer Heilstättenkur oder Unterbringung in Walderholungsstätten sorgen müssen, da die Träger der Invalidenversicherung gerade die Behandlung dieser Kranken sich zur besonderen Aufgabe gemacht haben und die Krankenkassen, die nach dem Kriege dazu nicht leistungsfähig genug sein werden, sie nicht werden übernehmen können. Ferner haben es sich mehrere Träger der Invalidenversicherung in der neuesten Zeit zur Aufgabe gemacht, geschlechtskranke Versicherte einer durchgreifenden und öfteren Behandlung auf ihre Kosten zuzuführen, um dadurch diese infolge des Krieges im Zunehmen begriffene Volkskrankheit wirksam zu bekämpfen und den dadurch bedingten Geburtenrückgang aufzuhalten.

In engem Zusammenhange mit den Aufwendungen für Heilverfahren stehen die Aufwendungen der Träger der Invalidenversicherung auf dem Gebiete der Krankheitsverhütung und der Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse unter der versicherungspflichtigen Bevölkerung, für welche Zwecke die Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten auf Grund des § 1274 RVO. erhebliche Mittel bisher schon aufgewendet haben. Wie segensreich diese Bestimmung der RVO. wirkt, hat sich gerade während des Krieges erwiesen. Sie setzte die Träger der Invalidenversicherung in die Lage, den für das Sondervermögen bestimmten Anteil ihrer Einnahmen zu verwenden, nicht nur, um an ihrem Teile mitzuwirken an der Erhaltung der Gesundheit unseres tapferen Heeres, sondern auch die gesundheitlichen Verhältnisse unter der heimischen versicherungspflichtigen Bevölkerung zu erhalten, zu heben und zu stärken. Ein beredtes Zeugnis dafür geben die oben angeführten Zahlen. Diese Kriegswohlfahrtspflege aber auch weiter fortzuführen, nicht bloß bis zur Beendigung des Krieges, sondern auch nach Friedensschluß, ist eine dringende Notwendigkeit. Insbesondere wird es notwendig sein, Mittel aufzuwenden, zur weiteren Errichtung und zum Unterhalt von Auskunfts- und Fürsorgestellen, sowie von Walderholungsstätten für Lungenkranke, für den weiteren Ausbau von Beratungsstellen für Geschlechtskranke und für die Übernahme von Heilverfahren für nichtversicherte Geschlechtskranke (welche Aufwendungen nach der Anordnung des Reichsversicherungsamts auf die gemäß § 1274 zu verausgabenden Kosten zu verrechnen sind), für die Unterstützung der Kleinkinder- und Säuglingsfürsorge, ferner auf dem Gebiet der Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien von Versicherten und schließlich auch zur Unterstützung der amtlichen Kriegsbeschädigtenfürsorgeeinrichtungen. Inwieweit sich für einzelne Versicherungsträger die Notwendigkeit ergeben wird, noch weitere Fürsorgezwecke aus ihren Mitteln zu unterstützen, soll hier nicht untersucht werden. Es genügt, auf die erwähnten Zwecke hinzuweisen, deren Unterstützung nach dem Maße der verfügbaren Mittel wohl für fast alle Träger der Invalidenversicherung sich als dringend notwendig erweisen wird.

Zum Schluß bleibt noch die Invaliden- und Waisenhauspflege. Hier werden erhöhte Aufwendungen erwünscht sein, um ansteckungsfähige tuberkulöse Invalidenrentenempfänger zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit mehr als bisher in Invalidenhauspflege zu nehmen und die Waisenhauspflege allen denjenigen Waisenrentenempfängern zuteil werden zu lassen, die tuberkuloseverdächtig oder durch tuberkulöse Familienangehörige der Ansteckung ausgesetzt sind.

Ersichtlich also werden die Träger der Invalidenversicherung nicht nur dringenden Anlaß haben, die freiwilligen Leistungen in demselben Umfange wie früher zu gewähren, sondern die großen Opfer des Krieges werden ihnen mehr als je die Aufgabe nahe legen, soweit die freiwilligen Leistungen hierzu die

Möglichkeit bieten, für die Gesundheit und Erhaltung der Volkskraft einzutreten und zwar nicht nur unter der versicherungspflichtigen und der diesen Kreisen nahestehenden Bevölkerung, sondern auch unter den noch im Kindesalter stehenden Angehörigen der minderbemittelten Bevölkerungskreise.

Unter solchen Umständen drängt sich die Frage auf: werden die Träger der Invalidenversicherung durch die Auferlegung der Kosten für die nach der Bundesratsverordnung vom 3. Januar 1918 zu zahlenden Zulagen an Invaliden-, Witwen- und Witwerrentner in der Gewährung von freiwilligen Leistungen beschränkt werden?

Dabei darf vorweg nicht unberücksichtigt bleiben, daß der Krieg an die finanziellen Kräfte der Träger der Invalidenversicherung bisher schon erhebliche Anforderungen gestellt hat und noch weiter stellen wird, nämlich: 1. die Einnahme aus Beiträgen, die bis zum Kriege fast alljährlich eine nicht unerhebliche Zunahme gezeigt hat, ist seit dem Jahre 1914 zurückgegangen. Die Mindereinnahme an Beiträgen betrug 1914 gegen das Vorjahr: 22 700 000 *M*, 1915: 43 100 000 *M* und 1916: 1 500 000 *M*, also seit Beginn des Krieges 67½ Millionen Mark. — 2. Die Versicherungsträger sind durch ihre Beteiligung an den Kriegsanleihen in erheblichem Umfange Schuldverbindlichkeiten eingegangen, für deren Mehrverzinsung sie Aufwendungen machen müssen, und die sie später wahrscheinlich nur mit Verlust werden ablösen können. Die eingegangenen Schuldverbindlichkeiten haben bis Ende 1916 die Höhe von 506 500 000 *M* erreicht und sind im Jahre 1917 durch die Beteiligung an der 6. und 7. Kriegsanleihe noch weiter gestiegen, während das Reinvermögen sämtlicher Versicherungsträger Ende 1916 rund 2½ Milliarde betrug, die eingegangenen Schuldverbindlichkeiten daher den fünften Teil des Vermögens betragen. — 3. Die Versicherungsträger haben für die Kriegswohlfahrtszwecke seit Beginn des Krieges bis Ende 1916 insgesamt 46 Millionen Mark verausgabt. — 4. Durch den Krieg wird eine erhöhte Belastung der Versicherungsträger mit Invaliden- und Waisenrenten eintreten, die dauernd auf die Entwicklung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Träger der Invalidenversicherung von nicht unerheblicher Bedeutung ist.

In der Verordnung des Bundesrats vom 3. Januar 1918 ist nichts davon gesagt, welcher Teil des Vermögens der Versicherungsträger die Belastung zu tragen hat; aus § 10 der Verordnung, wonach die vom Reiche vorgeschossenen Zulagen auf die einzelnen Versicherungsträger nach Maßgabe des am 31. Dezember 1918 vorhandenen für die Gemeinlast bestimmten Teile ihres Vermögens zu verteilen sind, ist aber zu folgern, daß die Zulagen auch von der Gemeinlast sämtlicher Versicherungsträger zu tragen sind. Sollten darüber Zweifel möglich sein, so würde der Bundesrat um eine Ergänzung seiner Verordnung zu bitten sein, um jeden Zweifel auszuschließen, daß die Zulagen etwa zu Lasten der Sondereinnahmen und des Sondervermögens zu verteilen sind. Inzwischen gehe ich im folgenden davon aus, daß die Gemeinlast die Zulagen zu tragen hat.

Bisher sollen die Zulagen nur für die Zeit vom 1. Februar 1918 bis 31. Dezember 1918 gewährt werden. Die dadurch den Trägern der Invalidenversicherung entstehende Belastung ist auf rund 100 000 000 *M* zu schätzen, die das Reich verauslagt und welche die Versicherungsträger in den 10 auf das Jahr 1918 folgenden Jahren mit je einem Zehntel zu erstatten haben. Dadurch würde die Gemeinlast sämtlicher Versicherungsträger in den auf das Jahr 1918 folgenden zehn Jahren um je 10 000 000 *M* erhöht werden und dementsprechend sich der beim Gemeinvermögen schon seit Beginn der Teilung des Vermögens der Versicherungsträger im Gemein- und Sondervermögen vorhandene Fehlbetrag um diese Summen erhöhen. Ob dies eine stärkere Heranziehung der Sondereinnahmen der Versicherungsträger aus den Beiträgen zur Folge haben und zu einer Erhöhung des durch das Gesetz vom 12. Juni 1916 auf 60 v. H. festgesetzten zur Bildung des Gemeinvermögens bestimmten Teiles der Einnahme aus Beiträgen führen muß, bedarf umfangreicher versicherungstechnischer Berechnungen, die in der Kürze der Zeit und da das Material dafür einzelnen Versicherungsanstalten nicht zur Verfügung steht, nicht veranlaßt werden konnten. Würde dies der Fall sein und müßte zur Deckung der durch die Zahlung der Zulagen erhöhten Gemeinlast ein größerer Teil als 60 v. H. der Beiträge ausgeschieden werden, so müßte dies naturgemäß auf die Höhe der freiwilligen Leistungen der einzelnen Versicherungsträger einen Einfluß ausüben.

Im gegenwärtigen Augenblick kommt es aber nicht so sehr darauf an, ob der zur Deckung der Gemeinlast auszuscheidende Teil der Einnahmen aus Beiträgen erhöht und damit der Teil der Einnahmen aus Beiträgen, welcher den Versicherungsträgern zur Deckung der Sonderlast, der freiwilligen Leistungen und der Vergrößerung ihres Vermögens verbleibt, verringert wird, als darauf, ob zu befürchten ist, daß durch die Belastung der Versicherungsträger mit je $^1/_{10}$ der Zulagen für die Dauer der nächsten 10 Jahre die zur Deckung der freiwilligen Leistungen den einzelnen Versicherungsträgern erforderlichen Mittel so beeinflußt werden, daß die so dringend notwendige Erhöhung der freiwilligen Leistungen nicht durchgeführt werden kann oder sogar eine Einschränkung der freiwilligen Leistungen vorgenommen werden müßte.

Diese Frage läßt sich allerdings schwer mit Sicherheit beantworten, da es sich auch nicht annähernd schätzen läßt, welche Beitragseinnahmen den einzelnen Versicherungsträgern vom 1. Januar 1919 ab zur Verfügung stehen werden und welche Pflichtausgaben für Renten, einmalige Leistungen und Verwaltung sie zu leisten haben werden, und da sich ebensowenig übersehen läßt, in welchem Umfange die mit Sicherheit zu erwartende Steigerung der Belastung durch Renten eintreten wird. Es ist aber die Vermutung nicht von der Hand zu weisen, daß diese Belastung so groß sein wird, daß sie zusammen mit dem Umstande, daß $^1/_{10}$ Teil der Zulagen jährlich zurückerstattet werden muß, eine Anzahl von Versicherungsträgern dahin führen muß, ihre freiwilligen Leistungen einzuschränken.

Dies muß aber aus den erörterten Gründen auf das entschiedenste vermieden werden. Deshalb ist es dringend notwendig, daß das Reich die Kosten für die Zulagen trägt. Auch unter dem Gesichtspunkt also, der den besonderen Gegenstand dieses Berichtes bildet, ist die Annahme der der Versammlung vorgelegten Entschließung zu empfehlen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Bestrafung eines Lehrlings des Arbeitgebers wegen Verletzung von Meldevorschriften.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Bautzen vom 1. November 1917 (12 K. B. 17).

Der Handlungslehrling Alfred Greiner in Görlitz ist wegen einer Übertretung der Meldevorschriften auf Grund der §§ 317, 530 Abs. 2 und des § 534 Abs. 2 RVO. vom Versicherungsamt mit 2 M bestraft worden. Die Beschwerde des Vaters des Bestraften ist zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Nach § 530 RVO. ist jedes Verschulden strafbar. Voraussetzung für Bestrafung wegen Übertretung der Meldevorschriften ist also nicht, wie der Beschwerdeführer annimmt, Absichtlichkeit oder grobe Fahrlässigkeit. Ein Verschulden liegt aber vor, wie ja von dem Beschwerdeführer selbst zugegeben wird, so daß eine Bestrafung des für Einhaltung der Vorschriften Verantwortlichen zweifellos gegeben erscheint. Der weitere Beschwerdegrund, daß der Bestrafte nicht Stellvertreter des Chefs der Firma sei, sondern nur Lehrling und daher nicht verantwortlich für die Übertretung der Meldevorschriften, konnte ebenfalls nicht dazu führen, der Beschwerde stattzugeben.

In dem in Frage kommenden Paragraphen 534 der RVO. ist gesagt, daß der Arbeitgeber die Pflichten, die ihm die RVO. auferlegt, gewissen Personen oder „anderen Angestellten" seines Betriebes übertragen darf, und daß diese Personen die Strafe trifft, wenn sie den Vorschriften der RVO. zuwiderhandeln. Wenn auch der Bestrafte nicht als Stellvertreter des Firmeninhabers bezeichnet werden kann, so gehört er doch zu den „anderen Angestellten" dieses Paragraphen.

Daß ihn seine Jugend davon, daß er zu den „anderen Angestellten" zu rechnen ist, nicht entbinden kann, geht einmal daraus hervor, daß in der RVO. Minderjährige, die über 16 Jahre alt sind, zu diesen gehört aber der Bestrafte, in verschiedenen Beziehungen rechtsverbindlich handeln können. Daß aber junge unerfahrene Leute auch auf Grund der Bestimmungen des § 534 der RVO. bestraft werden können, muß weiter daraus geschlossen werden, daß in diesem Paragraphen ausdrücklich bestimmt ist, daß neben den in Abs. 1 des Paragraphen genannten Stellvertretern auch der Arbeitgeber selber strafbar ist, wenn er bei Auswahl und Beaufsichtigung der Stellvertreter nicht die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat.

Wegfall der Versicherungspflicht wegen Gewährleistung eines Anspruchs nach § 169 RVO. begründet Meldepflicht.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. November 1917 (2414 Amtl. Nachr. 1918 S. 172).

Nach § 397 Abs. 1 RVO. sind die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Der Einwand des Festungslazaretts, daß es an der verspäteten Abmeldung keine Schuld trage, ist unbeachtlich. Denn aus der Natur der Vorschrift des § 397 Abs. 1 als einer Ordnungsvorschrift folgt, wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entscheidung 2054 (Amtl. Nachr. 1915 S. 589) ausgeführt hat, daß die Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung der Beiträge nicht bloß dann besteht, wenn die Abmeldung schuldhafter Weise unterblieben ist. Der Rückzahlungsanspruch des Festungslazaretts wäre deshalb nur dann begründet, wenn hier eine Abmeldepflicht überhaupt nicht bestanden hätte. Die Kasse stützt ihre Weigerung, die Beiträge zurückzuzahlen, auf § 317 Abs. 1 Satz 2. Danach sind Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses, welche die Versicherungspflicht berühren, ebenso wie Beginn und Ende der Beschäftigung (Abs. 1 Satz 1) binnen drei Tagen zu melden. Es fragt sich, was unter einer solchen die Versicherungspflicht berührenden Änderung des Beschäftigungsverhältnisses zu verstehen ist. In einer Entscheidung vom 6. Oktober 1917 (II K. 72/17 B.) hat der Senat bereits ausgesprochen, daß eine durch Verlegung der Arbeitsstätte in den Bezirk einer anderen Ortskrankenkasse bedingte Änderung des Beschäftigungsorts bei unveränderter Weiterbeschäftigung der versicherungspflichtigen Person unter diesen Begriff gehöre. Denn unter den wesentlichen Merkmalen eines Beschäftigungsverhältnisses komme dem Ort, wo die Beschäftigung stattfindet, keine geringere Bedeutung zu als den persönlichen Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Das muß um so mehr gelten, wenn es sich, wie hier, um eine dieser persönlichen Beziehungen selbst handelt. Hierzu zählt in erster Linie die Gestaltung von Leistung und Gegenleistung, insbesondere des Lohns. Zur Gegenleistung des Arbeitgebers gehört zweifellos auch die Gewährleistung eines der im § 169 erwähnten Ansprüche für den Fall der Erkrankung des Beschäftigten. Da sie die Versicherungsfreiheit des Beschäftigten nach § 169 unmittelbar zur Folge hat, bedeutet der Umstand, daß einem bisher Versicherten vom Arbeitgeber einer der Ansprüche nach § 169 gewährleistet wird, eine die Versicherungspflicht be-

rührende Änderung der Beschäftigungsverhältnisse. Diese unterliegt daher der Meldepflicht nach § 317 Abs. 1 Satz 2. Die Meldepflicht ließe sich überdies schon aus Satz 1 des § 317 Abs. 1 herleiten. Denn bereits unter der Herrschaft des früheren Rechts (§ 49 KVG.) ist angenommen worden, daß unter Beendigung der Beschäftigung nicht bloß das Aufhören der Beschäftigung überhaupt, sondern das Aufhören der versicherungspflichtigen Beschäftigung, also auch das Ende der Versicherungspflicht bei im übrigen unveränderter Fortdauer der Beschäftigung zu verstehen sei. (Reichsger. in Zivils. Bd. 56 S. 39, zu vgl. auch Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1d zu § 317, Hahn in der Monatsschr. für Arb.- und AngestVers. 1917 Sp. 56ff.; abweichend Hoffmann im Zentralbl. der Reichsvers. 1916 Sp. 870). Zutreffend weist die Kasse darauf hin, daß eine ordnungsmäßige Geschäftsführung der Krankenkassen unmöglich gemacht würde, wenn man zu einem anderen Ergebnis gelangte. Denn eine Verneinung der Abmeldepflicht in Fällen der vorliegenden Art müsse dazu führen, daß auch keine Anmeldepflicht bestehe, wenn nach Wegfall einer Gewährleistung nach § 169 Versicherungspflicht wieder eintrete. Es ist zugegeben, daß hierdurch die Geschäftsführung der Krankenkassen schwer beeinträchtigt würde. Die Gewährleistung eines Anspruchs nach § 169 ist ein Vorgang, der sich zwischen dem Arbeitgeber und dem Beschäftigten abspielt und in der Regel in der Öffentlichkeit nicht bekannt wird. Die Krankenkassen sind dann nicht in der Lage, den Eintritt und Wegfall dieser Voraussetzung zu überwachen. Sie sind also, um Kenntnis hiervon zu erhalten, auf die Meldung des Arbeitgebers angewiesen. Ohne eine Verpflichtung hierzu liefen die Krankenkassen Gefahr, in Unkenntnis des Sachverhaltes an Beschäftigte, die versicherungsfrei geworden sind, Leistungen zu gewähren, deren spätere Rückforderungen auf Schwierigkeiten stoßen würde. Und ebenso entgingen ihnen häufig für Beschäftigte, die nach Wegfall der Gewährleistung wieder versicherungspflichtig geworden sind, für längere Zeiten die Beiträge. Diese Erwähnung läßt die vorher bereits auf rechtliche Gesichtspunkte begründete Pflicht zur Meldung des Eintritts der Versicherungsfreiheit nach § 169 besonders erwünscht erscheinen. Mit Unrecht beruft sich das Versicherungsamt zur Begründung seiner gegenteiligen Ansicht auf die Entscheidung 2212 (Amtl. Nachr. 1916 S. 551). Dort ist ausdrücklich gesagt, die Gewährleistung eines der im § 169 a. a. O. bezeichneten Ansprüche könne eine Änderung des Beschäftigungsverhältnisses bedeuten. Wenn gleichwohl für den dort zu entscheidenden Fall der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 171 das Vorliegen einer solchen zur Meldung verpflichtenden Änderung wurde, so ist es, wie in jener Entscheidung weiter dargelegt ist, nur deshalb geschehen, weil in den Fällen des § 171 nicht schon allein durch die eine Änderung des Beschäftigungsverhältnisses bedeutende Gewährleistung, sondern erst durch das Hinzukommen des Erlasses der obersten Verwaltungsbehörde die Befreiung von der Versicherungspflicht begründet und somit im Sinne des § 317 Abs. 1 Satz 2 die Versicherungspflicht berührt werde. Der Umstand, daß im übrigen die Rechtslage die gleiche ist, und die Rücksicht auf eine ordnungsmäßige Geschäftsführung der Krankenkassen legen den Zweifel nahe, ob die abweichende Beurteilung der Fälle des § 171 wird aufrecht erhalten werden können. Darüber war aber hier nicht zu entscheiden. Denn hier handelt es sich um einen Fall des § 169 a. a. O., für den die Meldepflicht nach § 317 Abs. 1 Satz 2 zweifellos gegeben ist. Das Preußische Kriegsministerium scheint selbst hiervon auszugehen. Denn es hat am Schlusse seines Erlasses vom 5. November 1915 bereits angeordnet, die bei den Krankenkassen etwa angemeldeten Personen unter Hinweis auf die ausgesprochene Gewährleistung alsbald abzumelden. Die Beiträge sind deshalb in solchen Fällen gemäß § 397 Abs. 1 bis zur Abmeldung fortzuzahlen, falls die Kasse nicht etwa auf andere Weise von dem Eintritt der Versicherungsfreiheit zuverlässige Kenntnis erhalten hat; so daß das bei der Krankenversicherung obwaltende öffentliche Interesse die nachträgliche Abmeldung nicht mehr erheischt. (Entsch. 2098 Amtl. Nachr. 1915 S. 684.)

Einem erst durch die RVO. versicherungspflichtig Gewordenen ist die frühere Beschäftigung nicht als Versicherung anzurechnen (§§ 195, 214 RVO.).

Rev. Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts vom 17. November 1917.

Daß die Klägerin und Revisionsbeklagte als Hausdame nach § 165 Ziff. 2 RVO. zu den versicherungspflichtigen Personen gehört, weil sie als Angestellte in gehobener Stellung anzusehen ist, wird nicht bestritten. Hausdamen sind auch ausdrücklich in der Anleitung des Reichsversicherungsamtes vom 26. April 1912 über den Kreis der gegen Invalidität und Krankheit nach der RVO. versicherten Personen unter Ziff. 43 als versicherungspflichtig angeführt. Die Entscheidung der Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes vom 14. April 1915 hat diese Frage nach dem Versicherungsverhältnis überdies nach § 405 Abs. 2 RVO. endgültig beantwortet, und diese Entscheidung ich gemäß § 405 Abs. 3 RVO. für alle Behörden und Gerichte bindend. Übrigens ist über die streitige Versicherungspflicht dann, wenn ein Anspruch auf Kassenleistungen erhoben ist, im Rahmen des anhängigen Spruchverfahrens und nicht gesondert nach § 405 RVO. zu ent-

scheiden (zu vgl. Grunds. Entsch. des Sächs. LVA. vom 20. Februar 1915, Sammlung Bd. I S. 145 vorletzter Absatz; Grunds. Entsch. des RVA. vom 12. Dezember 1914 und 1. März 1915 in Amtl. Nachr. 1915 S. 385 und 511).

Ehe die Reichsversicherungsordnung in Kraft trat, also — die Krankenversicherung anlangend — vor dem 1. Januar 1914, knüpfte die Versicherungspflicht an die Beschäftigung in Betrieben an, und war eine Hausdame weder versicherungspflichtig noch konnte auf sie die Versicherungspflicht durch statutarische Bestimmung erstreckt werden (§§ 1, 2, 2a, 2b; vgl. auch die als Anlage E zur Begr. der RVO. gegebene Zusammenstellung der bisher schon gegen Invalidität, nicht aber gegen Krankheit versicherten Berufsgruppen, die durch die RVO. neu in die Krankenversicherung einbezogen worden sind, in Ziff. II). Für die Klägerin und Revisionsbeklagte ist also die in § 214 RVO. für das Entstehen eines Anspruchs auf Kassenleistungen aufgestellte Voraussetzung, daß die erwerbslos ausgeschiedene Versicherte in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert gewesen sein muß, nicht erfüllt. Bei der klaren Fassung des Gesetzes kann aber von diesem Erfordernis der bestimmten zeitlichen Kassenzugehörigkeit nicht abgesehen werden. Das Reichsversicherungsamt hat sich in gleichem Sinne gegen den Wochengeldanspruch einer Wöchnerin ausgesprochen, für deren Tätigkeit erst am 1. Januar 1914 die Versicherungspflicht eingeführt worden ist und deren Niederkunft vor Ablauf von 6 Monaten seit jenem Zeitpunkte eingetreten ist, weil in § 195 RVO. eine Kassenmitgliedschaft von mindestens 6 Monaten im letzten Jahre vor der Niederkunft verlangt wird (Amtl. Nachr. 1915 S. 429).

Mit dem Oberversicherungsamte zu folgern, daß deshalb, weil die seit 1. Januar 1914 versicherungspflichtige Person schon vorher in der gleichen aber damals noch nicht versicherungspflichtigen Stellung gewesen ist, für die Übergangszeit Erleichterungen anerkannt werden müßten, um nicht erhebliche Härten entstehen zu lassen, ist nicht angängig. Einmal kann darin, daß die Wohltat der Versicherung für eine Berufsart neu eingeführt, aber während der Übergangszeit deshalb noch nicht durchweg wirksam wird, eine Härte überhaupt nicht gefunden werden, und sodann muß jede Übergangsbestimmung im Einführungsgesetze festgelegt sein, wenn sie gesetzliche Geltung haben soll. Daraus, daß der Gesetzgeber für den vorliegenden Fall eine besondere Übergangsvorschrift nicht vorgesehen hat, muß also gerade auf die Absicht der Nichtberücksichtigung von Verhältnissen der zur Entscheidung stehenden Art geschlossen werden. Das EinfGes. zur RVO. enthält nur in Art. 30 eine Übergangsvorschrift über Krankenversicherungsfälle, die aber ausschließlich die Versicherungsfälle behandelt, in denen beim Inkrafttreten der RVO. die Leistungspflicht der Krankenkasse nach altem Rechte noch fortdauert, knüpft also an eine Voraussetzung an, die — wie keiner weiteren Ausführung bedarf — im Streitfalle nicht erfüllt ist.

Nach Meinung der erkennenden Instanz kann für die Beurteilung der Frage, ob der Anspruch gegen die Kasse entstanden ist, in jeder Beziehung und also auch hinsichtlich der Voraussetzung der vorausgegangenen Versicherungsdauer nur das Recht maßgebend sein, unter dessen Geltung der Versicherungsfall eingetreten ist, weil dadurch erst sich der Tatbestand vollendet, an den der Gesetzgeber den Anspruch auf die Kassenleistungen knüpft (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 10 zu § 214). . . .

Ersatzanspruch gegen eine Krankenkasse wegen Zwangsheilung Geschlechtskranker?

Urteil des Landgerichts Bremen (5. Zivilk.) vom 22. September 1917 (S. V 7/17).

In der Abhandlung von Hahn, hier 1917 S. 145 ff. sind zwei einander widersprechende Entscheidungen des Landgerichts Bremen über die streitige Frage mitgeteilt (S. 147, 148), zu der derselbe Gerichtshof nunmehr in der vorliegenden Entscheidungsfrage erneut Stellung genommen hat.

Die Polizeibehörde in Bremen hat verschiedene Kellnerinnen, die bei der durch den Festungskommandanten angeordneten kreisärztlichen Untersuchung als geschlechtskrank befunden waren, dem städtischen Krankenhaus zur Aufnahme und Heilung überwiesen, worauf die Krankenhausbehandlung durchgeführt ist. Der durch das Amt vertretene Bremische Staat beansprucht von der beklagten Allgem. Ortskrankenkasse die Erstattung der von ihm getragenen Kosten dieser Krankenhausbehandlung und hat vor dem Amtsgericht Bremerhaven deswegen mehrere Klagen erhoben mit der Behauptung, die Krankenhausbehandlung sei notwendig gewesen und Kläger habe auf Grund nützlicher Geschäftsführung den Erstattungsanspruch gegen Beklagte, da die Behandelten Mitglieder der Beklagten gewesen seien und diese die gebotene Krankenhausbehandlung abgelehnt habe. Zum Teil hat Kläger sich auch auf ein schriftliches Zahlungsversprechen der Beklagten gestützt, da Beklagte insoweit ihre Verpflichtung durch die Schreiben vom 9. September und 23. September, sowie 17. Oktober 1917 anerkannt habe. Im ganzen handelte es sich um Ersatzansprüche in Höhe von zusammen 2455,50 *M*.

Das Amtsgericht hat einzelne dieser Streitsachen verbunden und durch Abweisung der Klage erledigt, in anderen, gleichfalls verbundenen Sachen dagegen die Kasse aus besonderen Gründen zur Zahlung verurteilt.

Auf Berufung beider Parteien hat das Landgericht, im wesentlichen in Anlehnung an die Ausführungen von Hahn, die Klage in allen Fällen abgewiesen mit folgender Begründung:

Das Gericht ist zu der Überzeugung gekommen, daß sein in der Sache C 159/15 im Urteil vom 28. Oktober 1916 im Anschluß an die Rechtsprechung des OLG. Hamburg eingenommener Standpunkt über

das Vorliegen eines Anspruches aus auftragloser Geschäftsführung nicht haltbar ist und kehrt daher zu seiner früheren vor Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung durch Urteil vom 22. September 1914 ausgesprochenen Auffassung zurück, daß solcher Erstattungsanspruch nicht gegeben ist. Zwar schließt der Umstand, daß die Polizeibehörde durch die Einweisung der geschlechtlich erkrankten Kellnerinnen in ein Krankenhaus zu Krankenhausbehandlung und Heilung zugleich eine eigene öffentliche Verpflichtung erfüllte, ihren Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse nicht aus, wenn sie zugleich deren Verpflichtung erfüllte und diese Verpflichtung im öffentlichen Interesse lag, und wenn sie, wie das vorliegend nach dem Briefwechsel unzweifelhaft ist, die Absicht der fremden Geschäftsführung und des Verlangens der Kostenerstattung hatte (RGer. Zivils. 75 S. 283 und 77 S. 197). Dies gilt um so mehr, wenn die eigene Verpflichtung der Polizeibehörde nur als eine sekundäre gegenüber der der Krankenkasse anzusehen ist, da ihre Verpflichtung, auf eigene Rechnung einzugreifen, nur dann anzunehmen sein dürfte, wenn andere Verpflichtete dieser Pflicht nicht nachkommen.

In den vorliegenden Fällen fehlt aber das Moment, daß ohne das Eingreifen der Polizeibehörde eine Verpflichtung der Krankenkasse nicht rechtzeitig erfüllt worden wäre. Zweifellos liegt die Heilung der Geschlechtskranken wegen der Gefahr der Ansteckung anderer Personen, zumal bei Kranken, die wie Kellnerinnen in Hafenstädten der Gewerbsunzucht verdächtig sind, im öffentlichen Interesse und daher auch die Erfüllung der Verpflichtung zur Heilung durch die Krankenkasse bezüglich ihrer geschlechtskranken Mitglieder, falls solche Verpflichtung besteht.

Die Krankenkasse ist aber zur Gewährung der Heilung nur auf Grund eines Antrages der erkrankten Mitglieder verpflichtet (§§ 1545, 1551 RVO.). Solange solcher Antrag von den Mitgliedern nicht gestellt ist, besteht keine Verpflichtung der Kasse zur Heilung. Der Antrag kann natürlich nicht durch den der Polizeibehörde ersetzt werden. Solche Anträge an die Kasse seitens der behandelten Kellnerinnen liegen aber nicht vor. Diese Kellnerinnen werden vielmehr mit ihrer zwangsweisen Einweisung in das Krankenhaus und ihrer dortigen Behandlung durchaus nicht einverstanden gewesen sein. Die Erfahrung lehrt, daß sie sich solchen Zwangsmaßregeln nach Kräften zu entziehen suchen. Mangels der Anträge der Kellnerinnen auf Behandlung war Beklagte nicht im Verzuge mit einer Heilungsverpflichtung, bestand vielmehr eine solche für sie überhaupt nicht, so daß von einer im öffentlichen Interesse liegenden Erfüllung einer Verpflichtung der Beklagten durch den Kläger nicht gesprochen werden kann. Vgl. Hahn, „Betriebskrankenkasse" 1917 S. 1 ff.

Es kommt noch hinzu, daß nach der feststehenden Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts der § 184 RVO. dem Versicherten in keinem Falle einen Rechtsanspruch gegen die Krankenkasse auf Krankenhausbehandlung gewährt. Die Vorschrift, daß die Kasse in Fällen der hier fraglichen Art „möglichst Krankenhauspflege gewähren soll", räumt nach der Rechtsprechung keinen erzwingbaren Anspruch ein. Das Reichsversicherungsamt hat auch verneint, daß die Kassen im Aufsichtswege zur Erfüllung dieser Pflicht angehalten werden können. (Vgl. Zitate bei Hahn, „ArbVers." 1917 Heft 7 S. 149.) Die Unterbringung in ein Krankenhaus wäre danach selbst auf Antrag der Versicherten nicht eine Rechtspflicht der Beklagten gewesen, weshalb auch deren Kosten von ihr nicht erstattet zu werden brauchen (§§ 679, 683 BGB.). — Anders würde die Sache liegen, wenn es sich um Ersatzansprüche des Armenverbandes handelte. Diese Ansprüche sind in den §§ 1531 ff. RVO. geregelt. Um einen solchen Anspruch, der nach § 1540 RVO. im Spruchverfahren zu entscheiden wäre, handelt es sich hier aber nicht. Der Armenverband wird durch den Stadtrat in Bremerhaven vertreten und Kläger stützt seine Klage ausdrücklich nur auf den rein zivilrechtlichen Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag durch das Amt als Polizeibehörde, sowie auf das selbständige Zahlungsversprechen der Beklagten in einigen Fällen. Der Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung kann nicht in Frage kommen, weil die unmittelbare Vermögensverschiebung zwischen den Parteien fehlt, da die Beklagte nicht unmittelbar auf Kosten des Klägers bereichert ist, sondern nur die behandelten Patienten. Vgl. RGer. Zivils. 66 S. 80; Jur. Wochenschr. 1905 S. 80, 1907 S. 389.

Es fragt sich daher nur noch, ob Beklagte bezüglich eines Teils der Klaganspruche aus einem selbständigen Zahlungsversprechen oder Schuldanerkenntnis hafte. Die Antwortschreiben der Beklagten an das Amt vom 9. September, 21. September und 17. Oktober 1914 auf dessen Ersuchen um Übernahme der vollen Krankenhauskosten sind ganz allgemein gehalten und erstrecken sich nicht nur auf bestimmte Einzelfälle; insbesondere sagt das letzte Schreiben, daß Beklagte bitte, ihr die Verpflegungszeiten **sämtlicher in Betracht kommender** Kellnerinnen in einer Gesamtrechnung nachzuweisen, worauf sie bestimmte anerkannte Beträge überweisen werde. Diese Erklärungen durfte Kläger auf alle schwebenden und im Anschluß daran vorkommenden gleichartigen Fälle beziehen. Die Beklagte hatte die Erstattung der vollen Krankenhausverpflegungskosten abgelehnt und sich nur bereit erklärt, im Rahmen des § 1531 RVO., der die Erstattungsansprüche der Armenverbände regelt, Ersatz zu leisten, nämlich Krankengeld von 1,25 ℳ pro Wochentag und Ersatz der Kosten der Krankenpflege in Höhe von ⅛ des Grundlohns von 2,50 ℳ. Diese Verpflichtungsschreiben der Beklagten sind sämtlich von dem Geschäftsführer E. unterzeichnet. Es kann dahingestellt bleiben, ob diese Verpflichtungserklärungen als vom Kläger angenommen anzusehen sind oder nicht, ob Beklagte befugt war, diese Kosten zu übernehmen oder nicht, und ob E. durch seine Unterschrift die Beklagte verpflichten konnte oder nicht. Sämtliche Fragen werden mit dem früheren Urteile zu bejahen sein und die Vertretungsbefugnis des Geschäftsführers E. aus dem Grunde, weil gerichtsbekannt ist, daß dieser ständig die Kasse mit Wissen des Vorstandes vertritt und es dolos wäre, wenn unter diesen Umständen der Vorstand der Kasse in Einzelfällen die Verpflichtung aus dessen Erklärungen bestreiten wollte. Aber selbst eine von dem Kläger angenommene Verpflichtungserklärung der Beklagten nach §§ 780, 781 BGB. ist für diese nicht rechtsverbindlich, da deren Kondizierung nach § 812 BGB. begründet erscheint. Dabei kann die Frage, ob die Irrtumsanfechtung vom 30. Oktober 1914 rechtzeitig erfolgt ist, dahingestellt bleiben, weil eine solche nach dem Standpunkt des Reichsgerichts (Warneyer 1908 Nr. 151) nicht erforderlich ist. Die Krankenkasse wollte sich durch die fraglichen Schreiben nur in dem Rahmen verpflichten, wie sie dem Armenverbande gegenüber nach §§ 1531 ff. RVO. verpflichtet ist und aus ihrem Schreiben vom 23. September 1914 geht deutlich hervor, daß sie sich nur zur satzungsmäßigen bzw. gesetzmäßigen Unterstützung bereit erklären wollte. Eine solche Zahlungs- oder gesetzmäßige Verpflichtung bestand aber für die Beklagte nicht, insbesondere nicht nach § 1531 ff. RVO., da das Amt nur als Polizeibehörde handelte und nicht als gesetzlicher Vertreter des Armenverbandes, auch nicht in vorübergehender Vertretung für diesen, in welchem Falle dem Armenverbande event. aus den Maßnahmen der Polizeibehörde ein Anspruch aus § 1571 RVO. hätte er-

wachsen können. (Vgl. Hahn, „Betriebskrankenkasse" 1917 S. 1 ff.) Beklagte hat danach offenbar im Irrtum über das Bestehen ihrer Verpflichtung eine solche anerkannt und kann diese Anerkenntniserklärung oder Verpflichtungserklärung als ungerechtfertigte Bereicherung des Klägers nach § 812 BGB. kondizieren. Danach sind die Ansprüche des Klägers unbegründet.

B. Zur Unfallversicherung.

Fleischerei mit geringfügiger Landwirtschaft — kein kleinbäuerlicher Betrieb.

Rek. Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts vom 15. September 1917.

Es trifft nicht zu, wenn die Klägerin annimmt, das Berufungsgericht habe seine Entscheidung auf die tatsächliche Geringfügigkeit der von ihrem Sohne betriebenen Landwirtschaft als solcher gegründet. Vielmehr beruht die angefochtene Entscheidung auf der Erwägung, daß das Zufahren und Abladen des Brennholzes diesem Betriebe, für den es kaum wesentlich in Betracht komme, nicht zugerechnet werden könne. Erheblich für die Entscheidung ist allerdings die verhältnismäßige Geringfügigkeit des landwirtschaftlichen Betriebes insofern, als daraus sich ergibt, daß der Sohn der Klägerin seinen Beruf nicht darin, sondern in dem Betriebe einer Fleischerei und eines Materialwarenhandels gefunden und daraus im wesentlichen seinen durch die gewonnenen landwirtschaftlichen Erzeugnisse nur unerheblich vermehrten Erwerb gezogen hat. Es handelt sich also im vorliegenden Falle nicht um einen kleinbäuerlichen Betrieb, in dem Land- und Hauswirtschaft sich in der Regel so eng verbinden und gegenseitig bedingen, daß bei Unfällen in der Haushaltung der Zusammenhang mit der Landwirtschaft als gegeben angesehen werden kann (zu vgl. Rekursentsch. 2647, 2566, 1700, 1590, 1515, 1282, 1108, in Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 636 ff., 1910 S. 438, 1898 S. 245, 1897 S. 284, 1896 S. 288, 1893 S. 438 ff., 1892 S. 292), und das Abladen des Brennholzes darf deshalb nicht ohne weiteres dem landwirtschaftlichen Betriebe zugerechnet werden. Dies ist aber auch dann nicht angängig, wenn die Schweinehaltung des Sohnes der Klägerin, eines Fleischers, als Teil seines landwirtschaftlichen Betriebes betrachtet und angenommen würde, daß das Brennholz nebenbei zur Futterbereitung habe verwendet werden sollen. Denn jedenfalls war es im wesentlichen für den häuslichen Bedarf, Heizung und Kochen, sowie zur Verwendung in der Fleischerei bestimmt, das Abladen also eine Tätigkeit, der die nähere Beziehung zum landwirtschaftlichen Betriebe, seinen Einrichtungen und Gefahren fehlt (zu vgl. die angez. Rekursentsch. 2647, 1700, 1590, 1108).

Die geforderte Unfallentschädigung ist der Klägerin hiernach mit Recht versagt worden und deshalb ihr Rekurs als unbegründet zurückzuweisen.

Tötung durch Fliegerangriff als Betriebsunfall.

Urteil des Oberversicherungsamts Metz vom 21. März 1917 (Fuhr. 8. 1/16).

Allerdings befand sich der Getötete zunächst in dem für die Stadt Metz bestehenden allgemeinen Gefahrenkreis der Fliegerangriffe. Aber diese allgemeine Gefahr wurde für den Getöteten dadurch erhöht und zu einer besonderen gestaltet, daß er sich zur Zeit des Unfalles in der Ausübung seines Berufes befand. Hierdurch wurde er gehalten, bei seinem Fuhrwerke zu bleiben statt, wie er es sonst wohl getan hätte, sich in einen bombensicheren Schutz zu begeben. Der Fuhrwerksbetrieb fand vornehmlich in der Gegend von Monteningen und dem Güterbahnhof, also in besonders gefährdeten Gegenden statt. Überdies war der Getötete Führer eines städtischen Müllwagens, als solcher verpflichtet, fast ständig auf den Straßen eines besonders gefährdeten Stadtteils zu weilen und daher infolge seines Berufes der Fliegergefahr besonders ausgesetzt. Es hätte ihn in seinem Betrieb wesentlich gestört, jedesmal bei Meldung von Fliegern sein Fuhrwerk zu verlassen und Stunden zu verlieren. Das konnten sich Personen leisten, die nicht ständig, sondern nur zufällig auf der Straße sich befanden. Auch gewöhnte sich der Getötete schließlich an die vielen Angriffe und ließ es daher deshalb und um nicht mit seiner Fuhrarbeit in Rückstand zu kommen, an der üblichen Vorsicht fehlen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Betrieb und dem schädigenden Ereignis erscheint daher gegeben.

Anmerkung: Zu vgl. ArbVers. 1916 S. 474 und anderseits 1917 S. 548, 1918 S. 32.

Leistenbruch als Betriebsunfall? Zum Begriffe des ursächlichen Zusammenhangs bei Unfällen.

Rek. Entsch. des sächsischen Landesversicherungsamts vom 14. November 1917 (11 U. T.).

Das Berufungsgericht stützt sich bei seiner Entscheidung auf die von ihm inhaltlich zutreffend wiedergegebene Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts über die Ursächlichkeit von Unfällen bei der Entstehung von Leistenbrüchen (zu vgl. Handb. der U. V. Bd. I S. 73 ff. 3. Aufl. Anm. 28 b zu § 1 GewUnf.-VersGes. und die angez. Entsch. sowie Rekurs-Entsch. 2585, Amtl. Nachr. 1912 S. 930). Die in dieser

Rechtsprechung entwickelten Grundsätze, denen sich das Landesversicherungsamt bereits in zahlreichen eigenen Entscheidungen angeschlossen hat (vgl. u. a. die in der ArbVers. 1917 S. 494 ff. abgedruckte Entsch. vom 21. 4. 1917), beruhen auf einer Reihe über die gegenwärtig vorliegende Frage erstatteter Gutachten maßgebender Lehrer der medizinischen Wissenschaft (vgl. die in der Rek. Entsch. 2585 angez. Gutachten und die Leitsätze eines Vortrags des Geheimrats Dr. Bier in Berlin vom 15. Mai 1911, abgedruckt in Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 917 ff.) und bieten deshalb eine zuverlässige Grundlage für die Entscheidung, die im vorliegender Falle zu geben ist. Danach ist zu unterscheiden zwischen dem Leistenbruche, der durch Gewalteinwirkung bei fehlender Bruchanlage oder bei vorhandener Anlage durch den Bruchaustritt, d. h. den Übergang von der Anlage zum vollkommenen Bruche, plötzlich entsteht, und dem Leistenbruche, der in natürlicher allmähliger Fortentwicklung einer vorhandenen Anlage sich ausbildet. Im ersteren Falle kann nur äußerste Gewalteinwirkung den Bruch zur Entstehung bringen und dies muß zu stürmischen Schmerzen, Blutungen, Übelkeit und anderen schweren Erscheinungsformen führen, sowie den Verletzten zu sofortiger Unterbrechung der Arbeit und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe nötigen (vgl. Handb. a. a. O. S. 74, Amtl. Nachr. a. a. O. S. 932, 934). Weder die Voraussetzung äußerster Gewalteinwirkung ist gegenwärtig vorhanden, noch ist eine der Erscheinungsformen der plötzlichen Entstehung eines Bruches festzustellen gewesen. Der Kläger hat nach dem Unfalle die Arbeit, ohne ärztliche Hilfe zu suchen, noch drei Wochen lang fortgesetzt, und wenn vielleicht auch Schmerzen, so doch jedenfalls nicht stürmische Schmerzen gelitten; an der Stelle des Leistenbruchs sind kennzeichnende Schwellungen oder ein sonstiges Anzeichen der Entstehung des Bruches durch plötzliche und äußerste Gewalteinwirkung vom Arzte nicht zu finden gewesen.

Danach kann das von Dr. B. erstattete Gutachten als zutreffend keinesfalls anerkannt werden. Er vertritt offenbar die Meinung, daß das Ereignis, bei dem der Bruch nach der Behauptung des Klägers ausgetreten ist, aus diesem Grunde als Ursache des Leistenbruchs anzusehen sei, spricht sich also über eine Rechtsfrage aus, die in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (zu vgl. Amtl. Nachr. a. a. O. S. 931, 934) ebenso, wie in der des Reichsgerichts (zu vgl. Kommentar der Reichsgerichtsräte, Vorbem. 5 a vor § 823 und Vorbem. vor § 249 BGB. S. 772 und 275 Bd. I der 2. Aufl. und angez. Entsch.) dahin beantwortet wird, daß nicht alle Bedingungen, die im Einzelfalle zu einem Erfolge mitgewirkt haben, für die rechtliche Beurteilung als Ursachenglieder dieses Erfolges angesehen, sondern nur diejenigen Glieder der Ursachenkette als die bestimmenden in Betracht gezogen werden dürfen, deren Wirksamkeit für das Eintreten des Erfolges nach allgemein menschlicher Erfahrung maßgebend gewesen ist. An der Hand der oben erwähnten Gutachten ärztlicher Autoritäten, nach denen in allen Fällen, in denen bei irgendeinem Geschehnisse, insbesondere bei der Arbeit ein Leistenbruch ohne schwere Krankheitserscheinungen bemerkt wird, entweder das Geschehnis nur die Gelegenheit zur Entdeckung des längst vorhanden gewesenen Bruches gewesen ist oder den ganz unerheblichen Anlaß zum Übergange der bereits ausgebildeten Bruchanlage in den vollkommenen Bruch darstellt (zu vgl. Amtl. Nachr. a. a. O. S. 933, 934, Handb. a. a. O. S. 74), hat deshalb das Reichsversicherungsamt mit Recht für die Fälle dieser Art die Betriebstätigkeit insbesondere als wesentlichen Umstand aus der Ursachenreihe für die Entstehung eines Leistenbruches ausgeschieden und verneint, daß sie als Ursache oder Mitursache eines solchen im Rechtssinne angesehen werden könne. Deshalb ist die Rechtsfrage, an deren Beantwortung der Sachverständige Dr. B. herangetreten ist, nicht so, wie es von seiner Seite geschehen ist, sondern umgekehrt dahin zu beantworten, daß nicht das vom Kläger behauptete Ereignis des Hebens des Webebaumes, sondern die in größerer oder geringerer Ausbildung bereits vorhanden gewesene Bruchanlage die Ursache des, wenn dem Kläger geglaubt werden darf, erst bei jenem Ereignisse entdeckten Bruches gewesen ist, sofern dieser nicht etwa, nach Befinden dem Kläger selbst unbekannt, bereits vorher als ausgebildeter Bruch vorhanden gewesen sein sollte.

Danach hat das Berufungsgericht mit Recht angenommen, daß der vom Kläger behauptete Fall, nämlich einer der äußerst seltenen Fälle der plötzlichen Entstehung eines Bruches durch Gewalteinwirkung nicht vorliegt. Es ist vielmehr bei Unterstellung der Wahrheit des vom Kläger behaupteten Geschehnisses der Bruch, wie in den weitaus meisten Fällen, in natürlicher allmählicher Fortentwicklung einer vorhandenen Anlage entstanden und bei der Arbeit, dem Heben des Baumes, nur entdeckt, höchstens dieses Ereignis die Gelegenheit für den natürlichen Übergang von der Bruchanlage zum vollkommenen Bruche, nicht aber dessen Ursache gewesen (zu vgl. Amtl. Nachr. a. a. O. S. 934).

Sprechsaal.

Beitragsüberwachung.

Die Frage der Beitragsüberwachung ist, wie die zahlreichen Abhandlungen darüber in der Fachpresse, insbesondere auch in der Arbeiter-Versorgung erkennen lassen, eine sehr dringliche geworden. Es darf angenommen werden, daß die Mängel in der Beitragsentrichtung weniger darauf zurückzuführen sind, daß Arbeitgeber durch Unterlassung von Anmeldungen zur Versicherung überhaupt oder von Meldungen bei Lohnerhöhungen sich absichtlich einen Vermögensvorteil zu verschaffen suchen, als vielmehr darauf, daß zahlreiche Arbeitgeber diese Geschäfte Personen übertragen haben, die entweder das nötige Verständnis oder die erforderliche Sorgfalt vermissen lassen. Das zeigt schon der Umstand, daß erst seit Ausbruch des Krieges und bei seiner Fortdauer in steigendem Umfange die Fälle unrichtiger Beitragsentrichtung überhand nehmen, weiter aber auch der Umstand, daß die Fälle durchaus nicht immer so geartet sind, daß zu niedrige Beiträge entrichtet werden, sondern zuweilen auch so, daß die Beiträge zu hoch sind, wenn auch natürlich diese nur vereinzelt vorkommen und kaum ins Gewicht fallen. Die geringe Zahl letzterer Art mag auch darin begründet sein, daß der Krieg durchweg steigende Löhne zeitigt.

Jedenfalls kann aber darüber kein Zweifel bestehen, daß die unrichtige Beitragsentrichtung einen Umfang angenommen hat, der Besorgnis erwecken muß. Die daraus erwachsende Schädigung der Versicherungsträger ist keineswegs der einzige Übelstand, oft ist eine Schädigung der Versicherten damit verknüpft. Es liegt aber auch auf der Hand, daß den Versicherungsträgern daraus eine erhebliche Mehrarbeit dann erwächst, wenn Beiträge auf längere Zeit zurück richtig zu stellen sind. Diese Mehrarbeit fällt zur Zeit um so mehr ins Gewicht, weil die Versicherungsträger gezwungen sind, mit wenigen Beamten auszukommen. Abhilfe ist dringend nötig.

Diese Übelstände können nur im Wege einer durchgreifenden Beitragsüberwachung beseitigt werden. Die Reichsversicherungsordnung räumt ein Beitragsüberwachungsrecht nur den Versicherungsanstalten und den Berufsgenossenschaften ein, sieht jedoch für den Träger des ältesten Versicherungszweiges, die Krankenkassen, ein solches Recht nicht vor. Eine durchgreifende Beitragsüberwachung läßt sich demnach jetzt kaum durchführen. Wohl bietet sich den Krankenkassen die Möglichkeit, durch Beschreitung eines der in der ArbVers. 1917 S. 601 von K l e e i s und S. 752 von Q u a t m a n n vorgeschlagenen Wege, wie z. B. Inanspruchnahme der Versicherungsanstalt, eine Überwachung herbeizuführen. Allein eine solche wird wohl immer nur für einzelne Fälle in Frage kommen können und auch nur dann, wenn gleichzeitig die Versicherungsanstalt ein eigenes Interesse am einzelnen Falle findet. Es werden aber damit die Fälle nicht erfaßt werden können, die sich ereignen, ohne daß sie zur Kenntnis der Krankenkasse kommen.

Wenn die Beitragsüberwachung wirksam sein soll, so müssen die Lohnbücher der Arbeitgeber in regelmäßigen, nicht zu langen Zeiträumen durchgeprüft werden. Es möchte dabei aber eine übermäßige Belastung der Arbeitgeber, die eintreten würde, wenn jeder Versicherungsträger eigene Überwachungsbeamte dazu verwendete, unter allen Umständen vermieden werden. Darum empfiehlt sich, die Beitragsüberwachung für alle Versicherungsträger einer einzigen Stelle zu übertragen. Die Überwachung darf nur von Beamten ausgeführt werden, die an ein bestimmtes, taktvolles Auftreten gewöhnt sind und alle Zweige der Versicherung beherrschen. Weiter wird darauf Bedacht zu nehmen sein, daß die Kosten der Überwachung nicht zu hohe werden.

Von Q u a t m a n n sind (hier 1917 S. 755) zwei Wege vorgeschlagen: einmal Errichtung besonderer Kontrollstellen für das ganze Reich und dann Übertragung der Beitragsüberwachung hinsichtlich der Kranken- und Unfallversicherung auf die Versicherungsanstalten. Die Kosten sollen in beiden Fällen von den Versicherungsträgern aufgebracht werden. Die Geschäftsführung bei den Überwachungsstellen soll so eingerichtet werden, daß in zweijährigen Zeiträumen eine Durchprüfung der Bezirke möglich wird.

Die Durchführung des ersten Vorschlags bedingte die Schaffung neuer Behörden und neuer Beamtenstellen. Die Zahl der letzteren würde, selbst wenn die Prüfungen nur in zweijährigen Zeiträumen durchgeführt werden sollte, was aber nach Lage der Sache nicht ausreichend erscheint, wohl eine sehr große werden und läßt sich im voraus kaum annähernd bestimmen. Die Kosten würden entsprechend hohe sein und die einzelnen Versicherungsträger nicht unerheblich belasten.

Hinsichtlich des zweiten Vorschlages kann die Frage aufgeworfen werden, ob es überhaupt ratsam ist, die Beitragsüberwachung einem der Versicherungsträger zugleich für die übrigen zu übertragen, ob dabei die Interessen der einzelnen Versicherungsträger an der Überwachung in gleicher Weise würden gewahrt werden können. Denn nicht allein eine regelmäßige, von Betrieb zu Betrieb schreitende Nachprüfung der Lohnbücher muß durchgeführt werden, sondern die Nachprüfung muß auch sofort überall da einsetzen können, wo Mängel in der Beitragsentrichtung dringend vermutet werden. Solche Vermutungen werden die Krankenkassen häufig aussprechen, weil sie doch mit den Arbeitgebern und Versicherten in enger Fühlung stehen und dadurch von Mängeln am ehestens Kenntnis erhalten.

Wenn in Heft 1 S. 12 der ArbVers. von 1918 W e s e n e r dafür eintritt, den Krankenkassen das Recht der Beitragsüberwachung einzuräumen, so erscheint eine solche Maßnahme wohl naheliegend und zwar schon um deswillen, weil die Krankenkassen an der Beitragsüberwachung am meisten interessiert sind, mindestens in nicht geringerem Umfange als die Versicherungsanstalten. Allein das würde zur Voraussetzung haben, daß die Krankenkassen für diesen Zweck geeignete Beamte stellen können. Nun ist zwar zuzugeben, daß große Kassen gewiß Beamte haben, die die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten in ausreichendem Maße besitzen. Es muß aber auch an die zahlreichen kleinen Kassen gedacht werden, die nur einen Beamten haben oder die ihre Geschäfte von Angehörigen anderer Berufe nebenher verrichten lassen. Solche Kassen würden die Beitragsüberwachung schlechthin n i c h t durchführen können.

D i e B e i t r a g s ü b e r w a c h u n g s o l l t e d e n V e r s i c h e r u n g s ä m t e r n ü b e r t r a g e n w e r d e n. Sie stehen als Aufsichtsorgane der Krankenkassen den Verhältnissen am nächsten. Bei

der verhältnismäßig geringen räumlichen Ausdehnung ihrer Bezirke würden sie am ehesten in der Lage sein, einmal eine regelmäßige Überwachung durchzuführen und dann auch überall da nach dem Rechten zu sehen, wo sich sonst die Notwendigkeit dazu zeigt. Sie haben auch dazu geeignete Beamte. Die Überwachungskosten würden sich in mäßigen Grenzen halten, besonders bei Versicherungsämtern, die bei Stadträten nur für den Stadtbezirk bestehen. Hier würden nicht einmal Reisekosten erwachsen.

Den Versicherungsämtern sollte weiter die Berechtigung gegeben werden, die Beitragsüberwachung auf Antrag solchen Ortskrankenkassen zur selbständigen Besorgung zu übertragen, die ausreichende Gewähr für eine sachgemäße Durchführung bieten können.

Übrigens sind die Versicherungsämter schon jetzt in der Lage die Beitragsentrichtung bei einem erheblichen Teile der Arbeitgeber nachprüfen zu können, und zwar bei solchen, die für ihren Betrieb eine Betriebskrankenkasse errichtet haben. Bei Ausführung der in Sachsen und wohl auch anderwärts vorgeschriebenen regelmäßigen Prüfungen der Betriebskrankenkassen durch das Versicherungsamt wird wohl immer an der Hand der Lohnbücher festgestellt, ob die Beiträge in richtiger Höhe entrichtet werden.

Wenn der hier vorgeschlagene Weg beschritten würde, so könnte vielleicht auch eine Verteilung der Überwachungskosten auf die Versicherungsträger unterbleiben und damit eine immerhin umständliche Abrechnung vermieden werden. Diese Kosten würde dann nach § 59 Abs. 1 RVO. der Bundesstaat oder der Gemeindeverband zu tragen haben.

Sekretär Sehm,
ständiger Stellvertreter des Vorsitzenden des Versicherungsamts bei der Königlichen Amtshauptmannschaft Annaberg.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Arbeiter als Aufsichtspersonen in der Unfallverhütung.

Die Arbeiter legen großen Wert darauf, daß zur Überwachung der Betriebe zwecks Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften Personen aus ihrem Kreise herangezogen werden. Bei fast jeder Beratung einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen im Reichstag sind die Sozialdemokraten mit entsprechenden Anträgen hervorgetreten. In der Reichstagskommission zur Vorberatung der Reichsversicherungsordnung stellten sie den Antrag, einen neuen Paragraphen aufzunehmen, der u. a. den Satz enthielt: „Von den technischen Aufsichtsbeamten muß mindestens ein Viertel in dem Gewerbezweig, dem die versicherten Betriebe angehören, als Arbeiter beschäftigt gewesen sein." Zur Begründung wurde angeführt, daß es ein großer Vorteil wäre, wenn unter den Aufsichtsbeamten sich frühere Arbeiter befänden, da diejenigen, die selbst im Betriebe gearbeitet hätten, am besten wüßten, welche Gefahren zu verhüten seien. Den tätigen Arbeitern würde auch dadurch ein Gefühl der Beruhigung geschaffen, da sie zu den Arbeiterkontrolleuren größeres Vertrauen hätten. In der Aussprache wurde die Zweckmäßigkeit der Anstellung von technischen Aufsichtsbeamten aus dem Arbeiterkreise anerkannt, doch bemerkt, daß ihrer Anstellung schon heute nichts entgegenstünde. Um aber Berufsgenossenschaften und Reichsversicherungsamt zu veranlassen, von dieser Möglichkeit umfassenden Gebrauch zu machen, stellten eine Anzahl bürgerliche Abgeordnete den Antrag, in das Gesetz die Worte aufzunehmen: „Als solche Beamte können auch Personen angestellt werden, die früher den versicherten Betrieben als Arbeiter angehört haben." Zwar wendete sich auch hiergegen ein Regierungsvertreter, weil die Anstellung von Arbeitern für viele Verhältnisse gar nicht passe und daher ein allgemeiner gesetzlicher Hinweis auf diese ohnehin gegebene Möglichkeit kaum angemessen sei, doch wurde der Antrag angenommen. Er bildet gegenwärtig den letzten Satz des § 875.

Es ist nicht bekannt geworden, daß inzwischen irgendwie und irgendwo davon Gebrauch gemacht worden ist. Die amtlichen Übersichten über die Geschäftsergebnisse der Berufsgenossenschaften geben keine Auskunft darüber. Es wird aber angenommen werden können, daß bisher kein technischer Aufsichtsbeamter aus dem Arbeiterstande angestellt worden ist. Kürzlich ging allerdings die Nachricht durch die Zeitungen, daß die See-Berufsgenossenschaft den Angestellten des Transportarbeiterverbandes Paul Müller, der früher Arbeiter war, als „Beirat" zur Unfallverhütung beruflich angestellt habe. Soweit wir unterrichtet sind, hat er aber technische Aufsichtsbefugnisse nicht auszuüben.

Während des Krieges sind zahlreiche Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaften zum Heeresdienst eingezogen worden, so daß die Betriebsüberwachung eine große Einschränkung erfahren hat. Einige Berufsgenossenschaften haben aus diesen Gründen den Überwachungsdienst überhaupt eingestellt. Es lag deshalb Anlaß und Möglichkeit vor, von der in Frage stehenden Vorschrift in § 875 RVO. Gebrauch zu machen. Bei der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft konnten von den 16 technischen Aufsichtsbeamten infolge der Einberufung zum Heeresdienst in den Jahren 1915 und 1916 nur noch sieben eine Revisionstätigkeit ausüben. Wie der Bericht der Genossenschaft auf 1916 angibt, mußten bei der beschränkten Revisionstätigkeit ganze Provinzen und Bundesstaaten unberücksichtigt bleiben.

Der Verband der Steinarbeiter (freie Gewerkschaft) stellte am 20. Oktober 1917 an das Reichsversicherungsamt die Bitte, dahin zu wirken, daß eine Vermehrung der Aufsichtsbeamten durch Anstellung von Personen aus dem Arbeiterstande bei der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft herbeigeführt werde. In der Begründung der Eingabe ist gesagt, daß in der Steinindustrie sich eine ausreichende Zahl von praktisch geschulten Arbeitern befindet, die vollständig in der Lage seien, als Hilfsaufsichtsbeamte sich zu betätigen. Weiter wurde darauf verwiesen, daß im Gewerbeaufsichtsdienst und bei anderen Behörden im Bergbau, im Bauwesen usw. schon längst und mit Erfolg Arbeiter im Aufsichtsdienst tätig seien, namentlich in Süddeutschland.

Das Reichsversicherungsamt erteilte nach voraufgegangenem Meinungsaustausch mit der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft folgende ablehnende Antwort: „Die Ansicht des Vorstandes der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft, daß es fraglich sei, ob die sich als Arbeiterkontrolleure meldenden Steinarbeiter, die für den schwierigen und verantwortlichen Posten eines Aufsichtsbeamten nötigen Vorkenntnisse besitzen

würden, und daß es mit der bloßen praktischen Kenntnis der Steinarbeit nicht getan sei, kann als unzutreffend nicht bezeichnet werden. Vielmehr erscheint es richtig, daß von einem Revisionsbeamten auch eine genaue Kenntnis der Versicherungsgesetze, Vertrautheit mit der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes, Urteilsfähigkeit über die zur Verwendung kommenden Maschinen, Kenntnisse der chemischen und physikalischen Eigenschaften der Sprengstoffe und anderes mehr verlangt werden muß. Es würde also notwendig sein, die etwa anzustellenden Arbeiterkontrolleure in einem besonderen Unterrichtskursus erst für ihre Tätigkeit zu schulen. In diesem Falle ist es aber nicht einzusehen, weshalb als Aufsichtsbeamte gerade Arbeiter gewählt werden müssen usw."

Die Antwort hat in Gewerkschaftskreisen Befremden und Widerspruch erregt. Es ist anzunehmen, daß die Frage von den Gewerkschaften weiter verfolgt wird.

Keine Vermehrung der Rentenausschüsse.

In der Angestelltenversicherung geschieht die Festsetzung der Leistungen (Ruhegelder, Renten, Abfindungen usw.) nach § 122 AngestVersGes. durch einen Rentenausschuß, der ein Organ der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ist und die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde hat. Nach § 126 werden die Rentenausschüsse nach Bedarf von der Reichsversicherungsanstalt mit Genehmigung des Bundesrates errichtet. Dieser bestimmt auch deren Sitze und Bezirke und kann sie ändern. Jeder Rentenausschuß besteht (§ 128) aus einem ständigen Vorsitzenden, mindestens einem Stellvertreter und aus Beisitzern; dem Rentenausschuß werden die erforderlichen Hilfsbeamten beigegeben.

Bei Einführung der Angestelltenversicherung wurde nur e i n Rentenausschuß mit dem Sitz in Berlin errichtet. Er mochte seither auch genügen, weil die Versicherung bislang im allgemeinen Leistungen (abgesehen von den Heilverfahren) nicht gewährte. Fraglich kann es aber sein, ob der eine Rentenausschuß auch für die Zukunft genügt, nachdem seit dem 1. Januar 1918 die Rentengewährung für weibliche Versicherte und Hinterbliebene in größerem Umfange in Frage kommt. Es besteht die Möglichkeit, daß diese Zentralisation zu Erschwernissen im Geschäftsverfahren führt. Der Reichstagsabgeordnete S c h m i t t (Würzburg) hat daher unterm 13. Dezember 1917 folgende „Kleine Anfrage" (Reichstagsdrucksache Nr. 1207, Anfrage Nr. 326) im Reichstag eingebracht:

„Nach § 126 des Versicherungsgesetzes für Angestellte werden Rentenausschüsse nach Bedarf von der Reichsversicherunganstalt mit Genehmigung des Bundesrats errichtet. Ist dem Herrn Reichskanzler bekannt, daß zur Zeit nur ein Rentenausschuß in Berlin besteht und dieser mit Arbeiten überlastet ist? Schon aus dem Jahre 1916 mußten 10 852 unerledigte Angelegenheiten in das Geschäftsjahr herübergenommen werden. Insgesamt mußten im Jahre 1916 42 822 Sachen erledigt werden. Durch die Erfüllung der Wartezeit durch die weiblichen Versicherten wird sich die Arbeitslast des Rentenausschusses noch ganz wesentlich steigern, das Verfahren bei einzelnen Fällen noch länger als bisher verzögert werden. Was gedenkt der Herr Reichskanzler zu tun, um weitere Verzögerungen hintanzuhalten und das Verfahren zu beschleunigen? Die Reichsversicherungsanstalt sieht sich trotz der bestehenden Zustände nicht veranlaßt, weitere Rentenausschüsse zu errichten und deren Genehmigung zu beantragen. — Ich begnüge mich mit einer schriftlichen Antwort."

Der Reichskanzler — unterzeichnet Freiherr von Stein — hat unterm 5. Februar 1918 folgende schriftliche Antwort erteilt:

„Bisher ist auf Grund des § 126 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nur ein Rentenausschuß in Berlin errichtet. Diese Einrichtung war für die erste Zeit nach dem Inkrafttreten der Angestelltenversicherung geboten, um die Entscheidungen über den Kreis der versicherungspflichtigen Personen einheitlich zu gestalten. Auch für die jetzt einsetzenden Rentenbewilligungen an weibliche Versicherte ist die Wahrung einheitlicher Grundsätze insbesondere hinsichtlich des Begriffs der Berufsunfähigkeit wichtig. Deshalb ist einstweilen die Beibehaltung nur eines Rentenausschusses zweckmäßig. Eine Minderung der Arbeitslast und eine Beschleunigung des Verfahrens kann durch die Errichtung von mehreren Rentenausschüssen bei der jetzigen Sachlage um so weniger erzielt werden, als gegenwärtig ausreichend vorgebildete Beamte zur Leitung von neuen Rentenausschüssen nicht gewonnen werden können. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, aus deren geschulten Beamten dieses Personal entnommen werden müßte, kann zur Zeit solche Beamte nicht abgeben. Auf die Beschleunigung des Verfahrens wird, soweit es irgend tunlich ist, hingewirkt."

Es wird abzuwarten sein, ob der eine Rentenausschuß seinen seit Beginn dieses Jahres erweiterten Aufgaben gerecht werden kann. Wenn nicht, ist sicher zu erwarten, daß aus dem Kreise der Angestellten die Anregung zur Einsetzung weiterer Ausschüsse wiederholt wird.

Gesetzliche Regelung der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten.

Die Ergreifung gesetzlicher Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erweist sich immer mehr als eine unerläßliche Notwendigkeit, und zwar zunächst wegen des wachsenden Umsichgreifens der Krankheiten, sodann um die Vermehrung der Geburten zu fördern. Im Ausschuß für Bevölkerungspolitik des Reichstages sind nach dieser Richtung eine Reihe von Vorschlägen erörtert worden, die jetzt zur Vorlegung des Entwurfs „eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" an den Reichstag führten. Es handelt sich hierbei um das erste Reichsgesetz auf diesem Gebiete.

Das aus nur acht Paragraphen bestehende Gesetz bedroht den geschlechtlichen Verkehr einer Person, die weiß oder wissen muß, daß sie geschlechtskrank ist, mit Gefängnis bis zu 3 Jahren. Die Fernbehandlung von Geschlechtskrankheiten wird verboten. Den Kurpfuschern (Laienärzten) ist auch jede andere Behandlung der Geschlechtskrankheiten verboten, sofern sie gewerbsmäßig erfolgt. Übertretungen werden mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu 10 000 ℳ oder mit einer dieser Strafen bestraft. Verboten wird, Mittel, Gegenstände oder Verfahren zur Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten öffentlich oder sonst, wenn auch in verschleierter Form, anzukündigen oder auszustellen. Straflos ist die Anpreisung an Ärzte oder Personen, die damit erlaubten Handel treiben. Weibliche Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben, können einer gesundheitlichen Beobachtung unterworfen und zwangsweise ärztlich untersucht werden. Leiden sie an einer Geschlechtskrankheit, so können sie auch zwangsweise einem Heilverfahren

zugeführt werden. Die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht. Die Vorschrift des § 180 des Strafgesetzbuches (Kuppelei) findet keine Anwendung auf das Gewähren von Wohnung an Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn damit weder ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, noch ein Anhalten zur Unzucht verbunden ist. Eine Abänderung finden auch die § 361 Nr. 6 und § 362 Abs. 2 des Strafgesetzbuches. Mit Gefängnis bis zu 6 Monaten und mit Geldstrafe bis zu 3000 ℳ oder mit einer dieser Strafen oder mit Haft wird bestraft 1. eine Amme, die ein fremdes Kind stillt, ohne im Besitz eines ärztlichen Zeugnisses zu sein, daß sie nicht an einer Geschlechtskrankheit leidet, 2. eine weibliche Person, die, wissend, daß sie an einer Geschlechtskrankheit leidet, ein fremdes Kind stillt, 3. wer ein syphilitisches Kind von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, 4. wer ein geschlechtskrankes Kind in fremde Pflege gibt, ohne die Pflegeeltern von der Krankheit zu benachrichtigen.

In einer allgemeinen Begründung wird zunächst auf die ständige Abnahme der Zahl der Geburten hingewiesen. Sie verminderte sich von 37,0 auf je 1000 Einwohner im Jahre 1885 auf 26,8 im Jahre 1914. Allerdings sei der Geburtenrückgang keine dem Deutschen Reiche eigentümliche Erscheinung. Die Geschlechtskrankheiten tragen zur Steigerung des Geburtenrückganges wesentlich dadurch bei, daß sie teils die Zeugungsfähigkeit des Mannes aufheben, teils zur Unfruchtbarkeit der Frau führen. Außerdem ist noch in Betracht zu ziehen, daß die von Syphiliskranken gezeugten Früchte meist vorzeitig absterben oder, falls sie lebend geboren werden, bald zugrunde gehen, wenn es nicht der ärztlichen Behandlung gelingt, die ererbte Krankheit zu heilen.

Im weiteren enthält die Begründung bemerkenswerte Angaben über die Zunahme und Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Nach einer Erhebung standen in Preußen am 30. April 1900 insgesamt 40 902 Personen der Zivilbevölkerung, nämlich 30 383 männliche und 10 519 weibliche oder von je 10 000 erwachsenen Personen der Bevölkerung 18,46 (von den männlichen 28.20, von den weiblichen 9,24) als geschlechtskrank in ärztlicher Behandlung. Weiter werden Zahlen über die Vermehrung der in den allgemeinen Krankenhäusern des Deutschen Reiches behandelten Geschlechtskranken angeführt. Von 1902 bis 1913 stieg die Zahl der an Syphilis Behandelten von 20 751 auf 48 963, die der an sonstigen Geschlechtkrankheiten Behandelten von 25 743 auf 56 540. Eine im Winter 1913/14 von den deutschen Großstädten, welche statistische Ämter besitzen, vorgenommene Erhebung über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ergab, soweit die Ergebnisse veröffentlicht wurden, daß auf 1000 Einwohner 5,6 Geschlechtskranke kommen. In der deutschen Armee verminderten sich die an Geschlechtskrankheiten Behandelten bis auf 17,8 für 1000 der Kopfstärke im Jahre 1901. Seitdem ist wieder eine Steigerung eingetreten bis auf 21,2 im Jahre 1913. In der Marine sind die Ziffern etwa dreimal so hoch. Über die Folgeerscheinungen der Geschlechtskrankheiten wird angeführt, daß die Zahl der in den allgemeinen Krankenhäusern des Reichs behandelten Fälle an Rückenmarkschwindsucht von 2700 im Jahre 1902 auf 5800 im Jahre 1913 stieg. Die in den Anstalten für Geisteskranke behandelten Kranken, die an paralytischer Seelenstörung litten, vermehrten sich im gleichen Zeitraum von 9400 auf 11 862. Welche Bedeutung die Geschlechtskrankheiten für die Geburtenhäufigkeit haben, geht aus den Berechnungen des Medizinalstatistikers Prinzing hervor. Er nimmt an, daß in Deutschland bei etwa 300 000 kinderlosen Ehen, die Kinderlosigkeit durch Geschlechtskrankheit der Männer oder durch Ansteckung der Frauen bedingt wird. Umfangreiche Begründungen erläutern noch die Einzelbestimmungen des Gesetzentwurfs.

An den geplanten Maßnahmen haben auch die Träger der sozialen Versicherung, namentlich die Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten, ein lebhaftes Interesse. Sie werden die Förderung des auch von ihnen aufgenommenen Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten lebhaft begrüßen. Im weiteren stellen die angestrebten Einrichtungen in ihrer Wirkung doch auch eine geldliche Entlastung in Aussicht.

Die Krankenversicherung in Polen.

Auch in Polen sind die Arbeiterkrankenkassen schon eine alte Einrichtung. Sie entstanden schon im Jahre 1821 auf Anregung des Stanislow Staszye unter den Namen „Kassen der Bruderhilfe“. Es entwickelten sich damals verschiedene Arten von Krankenkassen: die einen lieferten den Mitgliedern nur unentgeltliche ärztliche Hilfe und Arzneien, die anderen dehnten diese Hilfe auch auf die Angehörigen der Mitglieder aus, wieder andere verteilten Geldunterstützungen und Begräbnisbeihilfen. Zuerst entstanden diese Arbeiterkrankenkassen in den staatlichen Bergwerksunternehmungen, später wurden sie auch von Privatunternehmen übernommen. Sie richteten sich in ihrer Ausgestaltung zum Teil nach deutschem, französischem und österreichischem Muster. Im allgemeinen sind die Kassen in ihrer alten Gestalt bis heute aufrecht erhalten geblieben. Eine Veränderung, die aber nicht allzu einschneidend ist, brachte nur die russische Gesetzgebung, die in Polen seit zwei Jahren vor dem Kriegsausbruch in Kraft und teilweise schon durchgeführt ist. Auf Grund der Kassenstatuten werden den Arbeitern 1 bis 3 v. H. vom Lohn abgezogen. Manche Fabriken unterhalten auf Rechnung dieser Kassen einen Fabrikarzt. Die neueren russischen Gesetze räumten etwas mit der starken Ausbeutung der Arbeiter auf, die durch die Kassen von manchen Unternehmern betrieben wurden. Trotzdem läßt das ganze Krankenkassenwesen noch sehr viel zu wünschen übrig. So sind z. B. alle Kassen nur Betriebskrankenkassen; es ist ihnen Ausdehnung und Zusammenschluß verboten usw.

Der Krieg und die Umgestaltung der politischen Verhältnisse in Polen haben auch Reformbestrebungen auf dem Gebiete der Krankenversicherung ausgelöst. Das Arbeitsdepartement des provisorischen Staatsrats hat als Material für die soziale Gesetzgebung zwei Arbeiten über die obligatorische Krankenversicherung herausgegeben. In der Vorrede heißt es, daß bearbeitete Gebiet sei ein noch sehr brachliegendes. Eine Reihe von Ursachen hätten bewirkt, daß die Lebensverhältnisse, die Lohn- und Arbeitsbedingungen der arbeitenden Klasse nicht gebührend geregelt wurden. So sei es gekommen, daß diese Einrichtungen des sozialen Lebens mehr als andere ein Bild völliger Verwahrlosung bieten. Auf dem Gebiete der Sozialversicherung müsse zuerst an die Krankenversicherung gedacht werden. Die Arbeiten enthalten sodann den Entwurf einer solchen, bei dem man sich Deutschland und Österreich zum Muster nahm. Man beschränkt aber die Versicherung nicht auf die Industriearbeiter, sondern dehnt sie auch auf die landwirtschaftlichen Arbeiter, auf die Handels- und Industrieangestellten,

auf einen erheblichen Teil der Beamten und des Hauspersonals aus. Dabei geht der Entwurf von folgenden Grundsätzen aus:

1. Die Versicherung umfaßt die erwähnten Gruppen bis zu der Lohn- bzw. Gehaltsgrenze von 3600 ℳ. 2. Neben der ärztlichen Hilfe und Geldunterstützung für 26 Wochen und neben der Unterstützung von 60 v. H. für alle, die Familien zu unterhalten haben, wurde die Wöchnerinnenbeihilfe auf acht Wochen verlängert und schließlich auch ärztliche Hilfe für die Familien der Kassenmitglieder ohne Erhöhung des Beitrags vorgesehen. 3. Den Beitrag zahlen zu drei Fünftel die Mitglieder, zu zwei Fünftel die Arbeitgeber. Der Beitrag soll 5 v. H. des regelmäßigen Lohnes nicht übersteigen. Eine Beitragserhöhung erfordert die Zustimmung der Versicherten und der Arbeitgeber. 4. Hinsichtlich der Organisation der Kassen sollten ähnlich wie in Deutschland und Österreich die Arbeitgeber an der Leitung mit einem Drittel der Mitglieder an der Kassenverwaltung beteiligt sein. Die Mehrheit der Kommission sprach sich jedoch für völlige Selbständigkeit der Versicherten aus. Die Arbeitgeber sollen aber Aufsichtskomitees zur Wahrung ihrer materiellen Interessen bilden können. 5. Der Hauptunterschied zwischen dem Entwurf und der betreffenden Gesetzgebung in Deutschland und Österreich besteht darin, daß Territorialkassen gebildet werden sollen unter Ausschluß aller übrigen Kassenarten.

Nach den weiteren Richtlinien können die Kassen Bezirksverbände und auch einen Landesverband bilden, sowie Abmachungen zu gemeinsamen Zwecken treffen. Der Verband beschäftigt sich mit der Aufsicht über die Tätigkeit der einzelnen Kassen, mit der Statistik der Kassen, mit dem Vertragsabschluß mit Ärzten und Heilanstalten, mit der finanziellen Unterstützung von Kassen. Die Verbände können wie die einzelnen Kassen Unterstützungsbeiträge vom Staat, von den Selbstverwaltungskörpern und von privaten Personen annehmen. Die Oberaufsicht über die Kassen übt das Arbeitsministerium aus.

Infolge der Fortdauer der politischen Wirren ist das Reformwerk bislang nur beim Versuch geblieben. Hoffen wir, daß sich die „Zeiten“ recht bald so bessern, daß die sozialen Pläne durchgeführt werden können.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Strafverfahren bei Verstößen gegen die Krankenordnung (§ 529 RVO.).

1. Nach C. Frage: Alle zwei Wochen findet eine Sitzung des Vorstandes der Kasse statt, in welcher u. a. die Ordnungsstrafen wegen Verstöße gegen die Krankenordnung festgesetzt werden. Da inzwischen nun eine Reihe von Verstößen zur Ahndung gelangen, welche mangels des späteren Vorstandsbeschlusses dem Geschäftsführer vorläufig zur Erledigung obliegen, und um überhaupt ein gleichmäßiges Verfahren zu erzielen, wurden bisher bei versäumten Krankmeldungen ein für alle Male feststehende Strafsätze eingeführt, die je nach der Zahl der versäumten Meldetage sich in steigender Richtung bewegen. Wer z. B. seine Krankheit erst zwei Tage nach Ablauf der dreitägigen Meldefrist der Kasse anzeigt, erhält einen halben Tag Krankengeld (Mindeststrafmaß) am Krankengelde gekürzt, und wer sieben und mehr Tage hiermit gezögert, dem werden drei Tage (Höchstmaß in steigender Folge) vom Krankengelde in Abzug gebracht. Der Versicherte erhält einen Strafzettel, worin ihm die Festsetzung der Strafe und die Kürzung vom Krankengelde mitgeteilt wird mit dem Hinzufügen, daß eine Beschwerde gegen die Straffestsetzung innerhalb 14 Tagen an den Vorstand zu richten ist. Dadurch ist ihm bei einigermaßen begründetem Einspruch eine nochmalige wohlwollende Beurteilung durch den Vorstand gesichert. — Das Versicherungsamt ist der Ansicht, daß in allen Fällen, ob bei kürzeren oder längeren Meldeversäumnissen, wenn zum ersten Male Bestrafung eintrete, die Mindeststrafe anzuwenden sei. Dann aber — und dieses ist für den vorliegenden Streitfall hauptsächlich — daß nach einmal verhängter Ordnungsstrafe die nochmalige Behandlung der Sache durch den Vorstand der Kasse als unzulässig zu erachten sei. Das Versicherungsamt bekämpft hiernach, wenn auch ungewollt, die Absicht des Vorstandes, eine etwaige Ungerechtigkeit auf Vortrag von Entschuldigungsgründen des Bestraften, die bei der ersten Verhandlung nicht bekannt gewesen, auszugleichen. Abgesehen von den durch die bei der Behörde angebrachten Einsprüche und deren Bearbeitung durch die Kassenverwaltung entstehenden persönlichen Zeitaufwendungen und anderen Verlusten dürfte das Ansehen des Vorstandes empfindliche Einbuße erleiden. Bemerkt sei, daß das heutige Verfahren zur Zufriedenheit beider Parteien seit mehr als 20 Jahren geübt wird und der Vorstand dasselbe nur im äußersten Falle aufgeben möchte. — Wir bitten um Äußerung, ob die staffelweise Anordnung der Strafen gesetzlich zulässig, ob auch bei schwerst zu ahnenden Vergehen bei erstmaliger Bestrafung zunächst stets die Mindeststrafe zu verhängen ist, und endlich ob eine weitere Behandlung des Straffalles auf den Einspruch des Bestraften hin (wie seither geübt) als gesetzlich unzulässig zu erachten ist. Sind die getroffenen Einrichtungen als Ausfluß des Selbstverwaltungsrechtes der Kasse nicht als innere Angelegenheiten derselben anzusehen?

Antwort: Der Hinweis auf das Selbstverwaltungsrecht kann nicht die Abweichung von Vorschriften rechtfertigen, die ihrer Fassung, ihrem Inhalt und ihrem Zwecke nach sich als zwingende öffent-

sich-rechtliche Vorschriften darstellen. Die Straffestsetzung aus § 529 RVO. ist ausdrücklich nur dem Vorstand übertragen. Sie ist eine Entscheidung im Sinne des § 1791 RVO., und die Befugnis hierzu kann nicht auf einen Angestellten übertragen werden, auch nicht in der Art, daß dieser nur vorläufig an Stelle des Vorstandes entscheiden, dem Versicherten aber in bestimmter Frist die Anrufung des Vorstandes selbst zustehen solle. Daß der Vorstand befugt ist, eine Straffestsetzung, wenn er sich von ihrer Unrichtigkeit oder Unangemessenheit überzeugt, aufzuheben oder zu mildern, möchten auch wir annehmen. Aber hier handelt es sich darum, ob der Versicherte genötigt werden darf, gegenüber dem vom Geschäftsführer an Stelle des Vorstandes erlassenen Bescheide, wonach die Strafe nicht nur festgesetzt, sondern auch durch Abzug vom Krankengelde alsbald vollstreckt werden soll, zunächst den Weg eines Einspruchs beim Vorstande zu beschreiten. Dies ist zu verneinen. Die vorläufige Straffestsetzung durch den Geschäftsführer ist ohne rechtliche Wirkung. Dem Versicherten steht dagegen die Beschwerde unmittelbar an das Versicherungsamt binnen Monatsfrist zu (§§ 128, 529 Abs. 3, 1791 RVO.). Ebenso ist es nicht zweifelhaft, daß die Aufstellung eines festen Straftarifs schlechthin unzulässig ist; die Strafe darf immer nur unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls verhängt werden (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 113). Das dürfte auch bei einer nur vorläufigen Festsetzung, wenn eine solche überhaupt statthaft wäre, nicht außer acht gelassen werden. Aus dem gleichen Grunde ist aber auch die Ansicht des Versicherungsamts verfehlt, daß bei erstmaliger Bestrafung immer nur die niedrigste Strafe zu verhängen sei. Eine besonders schwere Verfehlung muß auch im ersten Falle schwerer geahndet werden dürfen.

Bemessung der Arbeitgeberzuschüsse bei statutarischer Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden.

2. Nach Germersheim. Antwort: Nach § 470 RVO. kommt es für die Bemessung der von den Auftraggebern der Hausgewerbtreibenden zu zahlenden Zuschüsse nicht darauf an, ob der einzelne Hausgewerbtreibende einer Kasse angehört und welcher Kasse er angehört. Die Auffassung dieser Gesetzesvorschrift dahin, daß es auch nicht darauf ankomme, ob der Hausgewerbtreibende überhaupt versicherungspflichtig ist, erscheint mindestens sehr zweifelhaft und bedenklich (zu vgl. ArbVers. 1914 Anm. S. 255 und S. 338 gegen Leicht). Um so mehr halten wir es für unzulässig, ein Statut über die hausgewerbliche Krankenversicherung, das eine dem § 470 entsprechende Bestimmung nicht aufgenommen hat, im Sinne jener Auffassung auszulegen. Wenn ein Auftraggeber die einzelnen Hausgewerbtreibenden in so geringem Maße beschäftigt, daß sie nach §§ 168, 466 versicherungsfrei sind, so hat er von dem an sie gezahlten Entgelt Zuschüsse nicht zu zahlen. Dagegen kann die Kasse nichts tun. Insbesondere würden wir sie auch nicht für befugt erachten, das Statut dahin zu ändern, daß die Zuschüsse auch von dem Entgelt der Nichtversicherungspflichtigen zu bemessen seien. Der Auftraggeber darf nicht zu einer Leistung herangezogen werden wegen der Beschäftigung von Personen, die aus der Krankenversicherung herausfallen.

Erstattungsanspruch aus § 398 AngestVersGes., wenn beim Tode des Versicherten Beiträge rückständig sind.

3. Nach Kray. Frage: Eine Kriegerwitwe beantragte Erstattung der Hälfte der für ihren Ehemann geleisteten Beiträge auf Grund des § 398 AngestVersGes. Nach Angabe der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte sind 120 *M* Beiträge eingezahlt worden, so daß die Witwe nur 60 *M* erhalten soll. Es steht aber fest, daß für den Verstorbenen mindestens über 300 *M* Beiträge geleistet sein mußten. Wie hat sich die Kriegerwitwe zu verhalten, um zu ihrem Rechte zu kommen? Hat eine Klage gegen die betreffende Firma Aussicht auf Erfolg?

Antwort: Der Erstattungsanspruch aus § 398 AngestVersGes. besteht nur in Höhe der Hälfte der für den Versicherten tatsächlich eingezahlten Beiträge. Sind Beiträge rückständig, so sind sie, soweit sie nicht verjährt sind, noch nach dem Tode des Versicherten vom Arbeitgeber beizutreiben (§§ 227, 228), und wenn sie tatsächlich eingehen, so ist der berechtigten Witwe auch hiervon die Hälfte nachzuzahlen (zu vgl. Dersch in Monatsschrift für Arb. u. Angest. Vers. 1916 Sp. 600). Ein unmittelbares Klagerecht gegen den Arbeitgeber hat die Witwe nicht. Sie kann nur die Reichsversicherungsanstalt ersuchen, die Rückstände beizutreiben, und wird dabei, die Tatsachen und Beweismittel dafür, daß der Arbeitgeber mit Pflichtbeiträgen im Rückstande ist, angeben müssen.

Nebenamtliche Beschäftigung eines Kassenbeamten bei derselben Kasse.

4. Nach P. Antwort: Wenn dem Kassenbeamten (Geschäftsführer) durch das Regulativ die Übernahme einer entgeltlichen Nebenbeschäftigung mit Genehmigung des Vorstandes gestattet ist, so ist dabei aller Wahrscheinlichkeit nach nur an eine Tätigkeit außerhalb des Dienstes bei derselben Kasse gedacht. Indessen steht jedenfalls die Fassung der Bestimmung einer weitergehenden Auslegung nicht entgegen, und der auf den Kriegsverhältnissen beruhende Mangel an geeignetem Personal läßt eine solche Auslegung besonders angezeigt erscheinen. Daher dürfte kein Grund vorliegen, den Beschluß des Vorstandes, durch den genehmigt worden ist, daß der Geschäftsführer nebenamtlich auch noch die Verwaltung einer Melde- und Zahlstelle bei derselben Kasse übernimmt, im Aufsichtswege zu beanstanden, sofern nur die beiden Ämter sich so miteinander vertragen, daß unter der Ausübung des einen nicht die Ausübung des anderen leidet. Hierauf zu achten, ist allerdings Aufgabe des Versicherungsamts als Aufsichtsbehörde. Wir verweisen hierüber auf unsere Auskunft im Heft 5 S. 99 dieses Jahrgangs.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1204 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 1. April 1918 | Heft 10

Die freiwillig Versicherten und die neuen Lohnklassen.

Von Verwaltungsdirektor A. Grunow in Duisburg.

Nachdem die Ortskrankenkassen fast allenthalben von der durch die Bundesratsverordnung vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085, ArbVers. 1917 S. 817) geschaffenen Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, innerhalb der gezogenen Grenzen die Grundlöhne dem wirklichen Verdienst der Versicherten näher zu bringen, ist die Frage entstanden, ob und wie weit durch die Veränderungen in der Lohnklasseneinteilung auch die Versicherungsverhältnisse der freiwilligen Kassenmitglieder berührt werden. Man wird unterscheiden müssen zwischen den beiden Arten von freiwilligen Mitgliedern, nämlich den freiwillig beigetretenen (§ 176 RVO.) und den weiterversicherten (§ 213 I RVO.)

Für die freiwillig Beigetretenen gilt nach § 180 Abs. 5 RVO. hinsichtlich der Ermittelung des Grundlohnes grundsätzlich nichts anderes, als für Versicherungspflichtige (Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 7 zu § 180). Das heißt also, daß für die Ermittelung des Grundlohnes der durchschnittliche Tagesentgelt oder der wirkliche Arbeitsverdienst (§ 180 Abs. 1, 2, 4) maßgebend ist. Nur für diejenigen freiwillig Beigetretenen, für die sich hiernach ein Grundlohn nicht ermitteln läßt, bestimmt ihn die Satzung (Abs. 5). Hieraus folgt, daß alle gemäß § 176 Ziff. 1 RVO. freiwillig beigetretenen Personen, soweit sie gegen Entgelt beschäftigt sind, nicht etwa, wie vielfach irrigerweise angenommen wird, in einer bei der Aufnahme ermittelten bestimmten Lohnklasse verbleiben müssen, sondern das Recht und die Pflicht haben, sich in derjenigen Lohnklasse zu versichern, welche ihrem jeweiligen Entgelt entspricht. Daraus folgt wiederum, daß diese Selbstversicherten nach Maßgabe ihres Grundlohns in die auf Grund des Bundesratsbeschlusses vom 22. 11. 1917 neu geschaffenen Lohnklassen einzureihen sind.

Anders liegt die Sache bei den auf Grund der Ziffern 2 und 3 des § 176 selbstversicherten Personen. Da sich in diesen Fällen in der Regel aus § 180 ein Grundlohn nicht ermitteln läßt, muß ihn gemäß Abs. 5 a. a. O. die Satzung bestimmen. Die überwiegende Mehrzahl der Ortskrankenkassen wird in dieser Hinsicht bei Errichtung der Satzung dem Wortlaut der amtlichen Mustersatzung gefolgt sein. In diesen Fällen ist bezüglich der in § 176 Ziff. 3 genannten Gewerbetreibenden und Betriebsunternehmer für die Ermittelung des Grundlohns der dreihundertste Teil des Jahresarbeitsverdienstes maßgebend, der vom Kassenvorstand mit dem Versicherten zu vereinbaren ist, und mangels einer Einigung der dreihundertste Teil des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes, den ein Arbeiter des in Betracht kommenden Gewerbezweiges am Wohnort oder im Kassenbezirk bei regelmäßiger Beschäftigung erzielt. Der Grund-

lohn darf jedoch 6 ℳ nicht übersteigen. In allen anderen Fällen gilt nach dem Wortlaut der Mustersatzung der Ortslohn als Grundlohn. Die Versicherungsverhältnisse der letzteren Art werden von der neuen Lohnklasseneinteilung nicht berührt. Hier tritt eine Änderung nur bei anderweiter Festsetzung der Ortslöhne ein. Anders bei den Gewerbetreibenden und Betriebsunternehmern. Auch hier fehlt es an einem Anhalt für die irrige Ansicht, daß der mit dem Versicherten vereinbarte oder bei mangelndem Einverständnis durch Ermittelung des Durchschnittslohnes eines Arbeiters der betr. Gewerbeart festgestellte Grundlohn für alle Zeit maßgebend bleiben müsse. Die Kasse sowohl als auch die Versicherten haben vielmehr nach dem unzweifelhaften Sinne der fraglichen Bestimmung der Mustersatzung das Recht, von Zeit zu Zeit in eine Nachprüfung darüber einzutreten, ob der vereinbarte oder anderweit festgestellte Grundlohn den jeweiligen Verhältnissen noch entspricht. Es dürfte nicht nur nichts entgegenstehen, sondern sogar erforderlich sein, die Grundlöhne dieser Gruppe von Selbstversicherten bei der Einführung der neuen Lohnklassen einer Nachprüfung zu unterziehen.

Während hinsichtlich der Beitrittsberechtigten jederzeit eine Veränderung in den Lohnklassen, sei es durch Veränderungen im Tagesentgelt oder wirklichen Verdienst, sei es durch anderweite Festsetzung der Ortslöhne, bedingt werden kann, ist dies bei der zweiten Gruppe der freiwilligen Mitglieder, den Weiterversicherten, nicht der Fall. Sie können nach der unzweideutigen Vorschrift des § 313 Abs. I RVO. entweder in ihrer Klasse oder Lohnstufe Mitglied bleiben oder in eine niedere Lohnstufe übertreten. Der Übertritt in eine niedere Lohnstufe ist jederzeit möglich (RVA. Beschlußsenat, 5. Januar 1915, II K. 1272), in eine höhere dagegen ausgeschlossen. Hahn vertritt in seinem Handbuch (Anm. 3 zu § 313) die Ansicht, daß die Versicherung grundsätzlich so weiter bestehen bleibe, wie sie zuletzt bestanden habe. Wer nach seinem Arbeitsverhältnis nur an festbestimmten Wochentagen zu arbeiten hatte, so daß ihm im Falle der Erwerbsunfähigkeit Krankengeld nur für diese Tage gebührte, der bleibe auch weiterhin nur in so beschränkter Weise versichert. Ebenso könne ein Lehrling, der ohne Entgelt beschäftigt war, beim Austritt aus dieser Beschäftigung sich nur ohne Recht auf Krankengeld weiterversichern. Das Gesetz hebe eben ausdrücklich hervor, daß der Weiterversicherte in seiner bisherigen Klasse oder Lohnstufe verbleibe. Auch das RVA. hat sich in einer Entscheidung vom 15. April 1916 dahin ausgesprochen, daß die Versicherung so bestehen bleibe, wie sie vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bestanden habe (2213 Amtl. Nachr. 1916 S. 553, ArbVers. 1916 S. 611). Dafür sprechen der Wortlaut des § 313 Abs. I RVO. und die der Vorschrift zugrunde liegende Absicht, den aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung Ausgeschiedenen die Erhaltung ihrer bisherigen Rechte aus der Versicherung zu ermöglichen. Beitragspflicht und Leistungen seien daher nach dem der freiwilligen Weiterversicherung vorhergegangenen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis zu bemessen. Dieser Grundsatz sei vom Gesetzgeber nur insofern durchbrochen, als er den Übertritt in eine niedere Lohnklasse gestattet hat.

Bleiben nun die Weiterversicherten unter allen Umständen nach demjenigen Grundlohn versichert, der für sie beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung maßgebend war, auch wenn für sie jetzt nach Einführung höherer Lohnklassen ein höherer Grundlohn in Frage kommen würde? Oberflächliche, nur am Wortlaut haftende Beurteilung wird zu einer Bejahung der Frage kommen. Eine solche engherzige Auslegung dürfte aber weder der Billigkeit noch dem Sinne des Gesetzes entsprechen. Zweifellos hat der Gesetzgeber bei den Worten „kann in seiner Klasse oder Lohnstufe Mitglied bleiben“ nicht an Äußerlichkeiten gedacht. Beispielsweise wird niemand auf den Gedanken kommen, daß der Versicherte, der beim Ausscheiden aus der

Pflichtversicherung in der 6. Lohnklasse versichert war, auch dann in der 6. Klasse verbleiben müsse, wenn etwa infolge Änderung der Satzung die bisherige höchste Lohnstufe nicht mehr als sechste, sondern als erste bezeichnet wird und umgekehrt. Auf die äußere Bezeichnung der Lohnklasse kommt es also nicht an. Aber auch der Grundlohn ist veränderlich. Wenn beispielsweise der Versicherte beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung mit dem höchsten Grundlohn von 6 *M* versichert war, und möglicherweise die Grundlöhne später im Wege der Satzungsänderung verschoben werden, so wird man zu prüfen haben, welcher von den veränderten Grundlöhnen dem früheren von 6 *M* am nächsten kommt. Denn wenn nach der abgeänderten Satzung der höchste Grundlohn nicht mehr 6 *M*, sondern etwa 5,80 *M* beträgt, so ist die diesem Grundlohn entsprechende Lohnklasse „seine Klasse oder Lohnstufe" im Sinne des Gesetzes. Es kommt ja auch vor, daß der Versicherte, sei es infolge Falschmeldung oder sei es aus Irrtum, einer unrichtigen, zu hohen oder zu niedrigen, Lohnklasse zugewiesen ist. Zweifellos hat dann der aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung Ausscheidende sich nicht in dieser unrichtigen Klasse weiter zu versichern, sondern in derjenigen, die seinem beim Ausscheiden bezogenen Entgelt entspricht. Denn nur diese Klasse oder Lohnstufe ist von Rechts wegen die „seine".

Geht man aber von dem vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bezogenen **Entgelt** aus, so kommt man auch in der hier aufgeworfenen Frage zu einem befriedigenden Ergebnis. Das RVA. hebt in der oben angegebenen Entscheidung vom 15. April 1916 als Absicht des Gesetzes hervor, den aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung Ausgeschiedenen **die Erhaltung ihrer bisherigen Rechte** aus der Versicherung zu ermöglichen. Der mit einem Entgelt von 3000 *M* aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedene hatte, da das Gesetz einen Grundlohn von höchstens 6 *M* zuließ, das Recht erworben, sich in der höchsten Lohnstufe weiter zu versichern. In der Absicht des Gesetzes liegt es mithin, ihm das Recht, sich in der höchsten Lohnstufe weiter zu versichern, zu erhalten. Beitragspflicht und Leistungen, so sagt das RVA. weiter, bemessen sich nach dem der freiwilligen Versicherung vorhergegangenen **Beschäftigungsverhältnis**. Also auch nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung sollen Beiträge und Leistungen sich nach dem Beschäftigungsverhältnis bemessen, wie es zur Zeit des Ausscheidens bestanden hat. Daraus folgt, daß das mit einem Entgelt von 3000 *M* wegen Aufgabe der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschiedene und bisher in der höchsten (6.) Lohnstufe weiterversicherte Mitglied nunmehr nach Einführung höherer Lohnstufen das Recht und die Pflicht hat, sich in derjenigen neuen Klasse oder Lohnstufe weiter zu versichern, die seinem vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bezogenen Entgelt entspricht. „Seine Klasse oder Lohnstufe" im Sinne des Gesetzes ist nunmehr diejenige Lohnstufe, die einem Entgelt von 3000 : 300 = 10 *M* arbeitstäglich entspricht. Versetzt ihn die Kasse nach Einführung neuer (höherer) Lohnstufen in die hiernach maßgebende Stufe und entspricht das nicht seinen Wünschen, so hat er das Recht, in eine niedere Lohnstufe überzutreten.

Ist hiernach unsere Frage hinsichtlich der Weiterversicherten in einem beide Teile befriedigenden Sinne beantwortet, so bleibt noch einschränkend zu bemerken, daß alle diejenigen Weiterversicherten, welche bei Einführung der neuen Lohnklassen von dem Rechte des Übertritts in eine niedere Lohnstufe bereits Gebrauch gemacht hatten, nicht berechtigt und natürlich auch nicht verpflichtet sind, etwa nach Maßgabe ihres von dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bezogenen Entgelts in eine der neuen, höheren Lohnstufen überzutreten. Denn sie haben durch den Übertritt in eine niedere Lohnklasse ein für allemal auf die „Erhaltung ihrer **bisherigen** Rechte aus der Versicherung" verzichtet. Ferner ist zu bemerken,

daß die wegen Überschreitung der Gehaltsgrenze von früher 2000, jetzt 2500 *M* gemäß § 2 b KrVersGes., § 165 Abs. 2 RVO. Ausgeschiedenen sich nur in der Klasse weiter versichern können, die ihrem vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bezogenen Entgelt von 6⅔ *M* bzw. (2500 : 300 =) 8,17 *M* arbeitstäglich entspricht.

Ist die Neufestsetzung der Ortslöhne unter den heutigen Verhältnissen durchführbar?

Von Magistratsassessor Dr. Ebert, ständigem stellvertretenden Vorsitzenden des Versicherungsamts der Stadt Kiel.

In letzter Zeit mehren sich allenthalben die Stimmen, die einer Erhöhung der geltenden Ortslöhne das Wort reden. Auch in der Literatur ist man hierfür eingetreten. Im folgenden soll von rein praktischen Gesichtspunkten aus das Für oder Wider einer anderweitigen Regelung des Ortslohnes unter den gegenwärtigen Verhältnissen kurz umrissen werden.

Bei der Erhöhung des Ortslohnes sind wirtschaftlich zunächst interessiert die Arbeitgeber, und zwar nur einseitig. Für sie bedeutet eine Erhöhung des Ortslohnes, soweit er versicherungsrechtliche Wirkung für Arbeitgeberbeiträge hat, erhöhte Beitragslast. Die Versicherten sind, soweit der Ortslohn für sie Bedeutung hat, doppelt interessiert: sie haben höhere Beiträge zu entrichten, empfangen aber auch andererseits höhere Leistungen (höheres Krankengeld, höhere Renten). Doppelt interessiert sind auch die Versicherungsträger: Höheren Einnahmen in Form von höheren Beiträgen stehen größere Lasten in Form von höherem Krankengeld, höheren Renten gegenüber. Stellt man diesen Interessenten die Frage, ob sie grundsätzlich für oder gegen die Erhöhung des geltenden Ortslohnes sind, so ergibt sich im allgemeinen folgendes Stimmungsbild: Von den Versicherungsträgern wird ein Bedürfnis für die Erhöhung fast durchweg anerkannt. Soweit man ausnahmsweise Gelegenheit hat, Versicherte oder deren Vertreter zu hören, kann man bestimmt die Klage erwarten, daß schon in der Friedenszeit der Ortslohn viel zu niedrig bemessen gewesen sei. Anders liegt die Sache bei den Arbeitgebern; nicht daß diese sich wegen der erhöhten Beitragslast als Gegner einer anderweitigen Regelung des Ortslohnes bekennen. Die Arbeitgeber pflegen vielmehr folgende Bedenken zu betonen: Es bestehe zunächst sofort die Gefahr, daß eine Erhöhung der Ortslöhne, auf welche die Lohnforderungen sämtlicher Arbeiter, d. h. auch der gelernten und der in festem Vertragsverhältnis stehenden Arbeiter aufgebaut seien, von gelernten Arbeitern zum Ausgangspunkt für neue Lohnforderungen genommen werde. Für die Zukunft bestehe die Schwierigkeit, die Löhne nach dem Wiedereintritt geregelter Verhältnisse wieder herabzusetzen. Auch seien heute unter der Einwirkung des Hilfsdienstgesetzes fast alle nicht gelernten Arbeiter, für die allein der Ortslohn in Frage komme, zu den Fahnen einberufen. Gehen so schon die Meinungen der Beteiligten über die **grundsätzliche** Frage, ob ein Bedürfnis für die Erhöhung anzuerkennen ist, auseinander, so erst recht, wenn zur Frage steht, wie man gegebenenfalls die Erhöhung bemessen soll. Hier sind es die Versicherten, die in erster Linie mit sehr hohen Lohnsätzen aufwarten. Die Versicherungsträger, z. B. die Kassen, verhalten sich verschieden, einige schlagen Sätze bis 5 oder 6 *M* täglich vor, andere verzichten auf positive Vorschläge und wollen nur eine mäßige Erhöhung. So gehen auch die Auffassungen derer weit auseinander, die an sich für eine Erhöhung der geltenden Ortslohnsätze sind.

Wie liegen die Dinge wirklich? Über die Frage, ob grundsätzlich ein Bedürfnis für

die Erhöhung des geltenden Ortslohnes anzuerkennen sein wird, kann man bei objektiver Würdigung des Für und Gegen nur einer Meinung sein. Der Ortslohn spielt versicherungsrechtlich und versicherungstechnisch in der Reichsversicherungsordnung eine größere Rolle als gemeinhin angenommen wird. Das lehrt ein Blick auf die einschlägigen Bestimmungen des Gesetzes. Daß die aus der Friedenszeit übernommenen noch in Geltung befindlichen Sätze wegen der gegenwärtigen Teuerung in Verbindung mit der fortschreitenden Geldentwertung nicht annähernd den tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnissen entsprechen, bedarf keines weiteren Beweises. Ist das aber richtig, so ist im Prinzip das Bedürfnis einer Erhöhung der geltenden Ortslöhne anerkannt. Die Bedenken, die dagegen vorgebracht werden, sind nicht überzeugend. Die Annahme, eine Erhöhung des Ortslohnes werde unter den gegenwärtigen Verhältnissen für die gelernten Arbeiter das Signal für neue Lohnkämpfe sein, schießt über das Ziel. Diese ihm zugedachte Rolle hat der Ortslohn bei Lohnforderungen wohl nie gespielt, hierfür waren ganz andere Ausgangspunkte maßgebend, auf die nicht weiter eingegangen werden soll. Die Einwirkung des Hilfsdienstgesetzes wird überschätzt. Vor allen wird das große Heer der Frauen vergessen, die heute in fast allen Betrieben sich betätigen und die nicht hilfsdienstpflichtig sind. Es wird auch nicht eingewendet werden dürfen, daß den unter dem Einfluß des Krieges veränderten Verhältnissen bereits durch andere Maßnahmen Rechnung getragen sei, z. B. durch die Bundesratsbekanntmachung über die Gewährung von Zulagen bei Invaliden-, Witwen- und Waisenrenten, und daß hierdurch, soweit der Ortslohn versicherungsrechtliche Bedeutung habe, schon ein Ausgleich geschaffen werde. Es wird auch nicht gesagt werden dürfen, daß die heutige Konjunktur, das geringe Angebot an Arbeitskräften und der außergewöhnliche hohe Bedarf an Arbeitskräften, selbsttätig die Ortslöhne der Friedenszeit außer Kraft gesetzt habe. Das mag wirtschaftlich zutreffen. Versicherungsrechtlich bleibt aber die Tatsache bestehen, daß in versicherungsmäßiger Beziehung stets nur der alte Ortslohnsatz in die Erscheinung tritt und weiter gilt. Beachtlich bleibt jedoch das Bedenken, daß niemand mit Sicherheit die Entwicklung der Löhne beurteilen kann und daß ein späteres Herabgehen auf niedrigere Sätze in der Friedenszeit so mißlich ist, daß es unter allen Umständen vermieden werden muß. Es darf hier kurz darauf hingewiesen werden, daß der Ortslohn einheitlich nach dem Durchschnitt für den Bezirk jedes Versicherungsamtes festzusetzen ist. In der Friedenszeit gelangte man zu einem brauchbaren Durchschnitt, wenn man die Löhne für ungelernte Arbeiter von möglichst vielen Betrieben und Arbeitgebern feststellen ließ und hiernach den rechnerischen Durchschnitt ermittelte. Unter den heutigen durch den Krieg geschaffenen Verhältnissen ist dieser Weg nicht gangbar. Denn wollte man die heutigen Löhne zugrunde legen, obwohl sie Stetigkeit nicht beanspruchen können, sich vielmehr in kurzen Fristen, manchmal schon in einer Woche, ändern und sich in einer Höhe bewegen, die in der Friedenszeit bestimmt nicht weiter gezahlt wird, so würde sofort die Gefahr heraufbeschworen, daß der als Durchschnittslohn nach den heutigen Sätzen errechnete Ortslohn für normale Verhältnisse der Friedenszeit zu hoch ist und deshalb wieder eine Herabsetzung erfahren muß. Selbst wenn auch ernstlich daran gedacht würde, in eine Durchschnittsermittlung nach dem heutigen Stande der Löhne einzutreten, müßte dieses Verfahren zu einem unmöglichen Ergebnis führen: Es gibt wohl heute keinen staatlichen, städtischen oder sonstigen Betrieb, der ungelernte Arbeiter beschäftigt und der nicht das System der Teuerungszulagen eingeführt hat. Diese Teuerungszulagen richten sich nach dem Familienstande. Es erhalten beispielsweise Arbeiter ohne Rücksich auf die Höhe des Grundlohnes eine Teuerungszulage von 40 ₰, wenn sie unverheiratet sind; sind sie beispielsweise verheiratet und haben etwa 7 Kinder unter

16 Jahren, so erhalten sie eine Teuerungszulage von 4,85 *M* täglich, also mehr als das zwölffache des unverheirateten Arbeiters. Wie will man da zu einem brauchbaren Durchschnittsbilde kommen? Die sozial-familiär und nicht nach dem Gesichtspunkt von Leistung und Gegenleistung zugeschnittenen Teuerungszulagen machen eine richtige Erfassung des Durchschnittsortslohnes unmöglich. So ergibt sich: selbst unter grundsätzlicher Bejahung des Bedürfnisses für eine Erhöhung der geltenden Ortslohnsätze muß hiervon Abstand genommen werden, weil unter Berücksichtigung der heute gezahlten Löhne eine geeignete Bemessungsgrundlage nicht zu finden ist. Also muß es beim Alten bleiben, weil nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine Neufestsetzung des Ortslohnes nur nach den augenblicklich gegebenen Verhältnissen stattfinden darf.

Dieses Ergebnis kann praktisch nicht befriedigen. Wenn ein Bedürfnis für die Erhöhung des Ortslohnes grundsätzlich anerkannt werden muß, muß es auch den Weg geben, diesem Bedürfnisse zu genügen. Diesen Weg sehe ich darin, daß man bei den alten Ortslohnsätzen stehen bleibt, der Geldentwertung dieser Friedenssätze aber dadurch Rechnung trägt, daß man diese Friedenssätze durch Teuerungszuschläge, entsprechend der mutmaßlichen Geldentwertung, erhöht. Über die Höhe der Teuerungszuschläge im Verhältnis zur Geldentwertung wird man verschiedener Meinung sein können und bleiben. Im allgemeinen wird aber die Geldentwertung nicht unter 30 v. H. zu beziffern sein. Bei diesem Satz ist keine Gefahr, daß man sich für absehbare Zeit festlegt. Die Neufestsetzung selbst hätte für die einzelnen Bezirke im Wege der Zwischenfestsetzung zu erfolgen. Bis zur nächsten allgemeinen Festsetzung der Ortslöhne wird eine Zulage zum Ortslohn mit 30 v. H. den tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnissen entsprechen. Nun wird vielfach darüber geklagt, daß die Löhne für die jugendlichen Arbeitskräfte beiderlei Geschlechts an sich schon viel zu hoch seien; hier könnte man ausgleichen, wenn man bei den jugendlichen unter 16 Jahren nur eine Zulage von 10 v. H. gewährt, über 16 bis 21 Jahren eine solche von 20 v. H. Soweit sich bei Befolgung des Vorschlages bei der Berechnung beispielsweise von Beiträgen und Lohnstufen Härten oder Grenzfälle ergeben sollten, müßte die prozentuale Steigerung nach oben und unten entsprechend ausgeglichen werden. Die Rechtsgrundlage, auf der sich der Vorschlag aufbaut, mag anfechtbar bleiben. Wirtschaftlich aber dürfte er folgerichtig sein, insofern als wirtschaftliche Ursachen, nämlich die durch den Krieg geschaffene Teuerung aller Lebensbedürfnisse und die gesunkene Kaufkraft des Geldes auch allein die Ursachen sind, weshalb die Friedenssätze des Ortslohnes nicht mehr passen. Hat man auf anderen Gebieten die Teuerungszulage in mancherlei Form und Gestalt als ein die Härten der Zeit ausgleichendes Instrument benutzt, so mag es auch hier geschehen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 2 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Februar 1918.)

I. Unfallversicherung.

Beim Übergang eines Betriebs und einer darauf ruhenden Entschädigungslast auf eine andere Berufsgenossenschaft hat diese auch die Abfindungssumme zu erstatten, sofern die Rente über den Zeitpunkt des Übergangs hinaus lief (2979 S. 161).

Die Versicherungspflicht eines landwirtschaftlichen Betriebs wird nicht dadurch ausgeschlossen,

daß keine versicherte Person in ihm beschäftigt wird und daß auch der Unternehmer nicht versichert ist (2980 S. 161).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Frage, ob bei Erstattungs- und Ersatzansprüchen die Revision zulässig ist, ist lediglich nach § 1778, nicht auch nach §§ 1695, 1696 RVO. zu entscheiden. — „Lehrköchinnen" in einem Hotelbetriebe können zu den Lehrlingen im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. gehören (2410 S. 168).

Die Anmeldung, als Voraussetzung des Anspruchs auf Kassenleistungen nach § 213 RVO., kann nicht durch Zahlung der Beiträge zum Zwecke der Weiterversicherung im Sinne des § 313 Abs. 2 Satz 3 ersetzt werden (2411 S. 169).

Die Rente einer außerehelichen Waise fällt bei Annahme an Kindesstatt nicht fort (2412 S. 170).

Auf Grund des § 1445 Abs. 3 RVO. kann die rechtsgültige Verwendung nur solcher Beitragsmarken nicht mehr angefochten werden, die in einer aufgerechneten Quittungskarte enthalten sind (2413 S. 172).

In der Gewährleistung eines der im § 169 RVO. bezeichneten Ansprüche durch den Arbeitgeber ist eine die Versicherungspflicht berührende Änderung des Beschäftigungsverhältnisses im Sinne des § 317 Abs. 1 Satz 2 zu erblicken. Die Beiträge sind deshalb nach § 397 Abs. 1 bis zur Abmeldung fortzuzahlen (2414 S. 172).

Ungültig ist eine Satzungsbestimmung, wonach Kassenmitglieder, die zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen werden, aus der Kasse ausscheiden, dagegen bei Einziehung zu militärischen Übungen oder zum Kriegsdienst Mitglieder mit der Maßgabe bleiben, daß Beiträge von ihnen selbst nicht erhoben werden, alle Ansprüche auf Kassenleistungen ruhen und sie nur befugt sind, gegen ermäßigte Beiträge den Anspruch auf Familienhilfe während der Dienstleistung aufrecht zu halten. — Die Versicherungsberechtigung nach § 176 RVO. erlischt nicht, wenn der Versicherte aus der sie begründenden Tätigkeit ausscheidet (2415 S. 174).

Der Grundsatz, daß für Bureauhilfsarbeiter, die eine nach einem Jahresbetrage bemessene Vergütung erhalten und zur Dienstbereitschaft auch an Sonn- und Feiertagen verpflichtet sind, diese Tage als „Arbeitstage" gelten (Entsch. 2324 Amtl. Nachr. 1917 S. 393) ist aufrecht erhalten (2416 S. 178).

§ 290 Abs. 1 RVO. gilt auch für Angestellte, die bei einer Vereinigung von Kassen am 1. Januar 1914 von der aufnehmenden Kasse übernommen wurden. — Die Abgabe einer Sache auf Grund der §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt ist bei vermögensrechtlichen Ansprüchen der Kassenangestellten (§ 358 Abs. 2 ff.) jedenfalls dann unzulässig, wenn es sich nicht um eine Entscheidung darüber handelt, ob unter Einhaltung einer Kündigungsfrist aus einem wichtigen Grunde gekündigt werden darf (2417 S. 180).

Eine Pflicht zur Anmeldung von Arbeitern, die durch die Bekanntmachung, betr. Krankenversicherung von Ausländern während des Krieges, v. 2. November 1916 krankenversicherungspflichtig geworden sind, besteht nach § 317 RVO. nicht, wenn sie beim Kriegsausbruch auf Grund der §§ 418 ff. RVO. von der Versicherungspflicht befreit waren und das Arbeitsverhältnis seitdem unverändert fortbestanden hat (2418 S. 181).

Das Recht des Ausschusses, die Jahresrechnung abzunehmen (§ 345 Abs. 2 Ziff. 2 RVO.), schließt das Recht zur Prüfung des Kassenbestandes nicht in sich (2419 S. 182).

Die Abgabe einer Sache auf Grund der §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt ist bei Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis der Angestellten im Sinne des § 358 Abs. 1 zulässig. — Der Kassenvorstand darf die Ausstellung von Dienstzeugnissen für Angestellte, die der Dienstordnung unterstehen, nicht durch Vorstandsbeschluß auf den Geschäftsführer übertragen (2420 S. 183).

Die Befreiung eines Dienstboten von der Krankenversicherungspflicht erlischt nicht ohne weiteres mit dem Tode des Dienstherrn — §§ 435, 418, 419 RVO., § 101 der preuß. Ges. Ordg. v. 8. November 1810 — (2421 S. 184).

Die Ersatzkasse ist nicht berechtigt, ohne Beibringung einer Vollmacht an Stelle der Versicherten nach § 405 Abs. 2 RVO. eine Entscheidung darüber zu beantragen, ob deren Rechte und Pflichten nach § 517 ruhen. — Der Antrag auf Ruhen dieser Rechte und Pflichten ist nicht deshalb unwirksam, weil er vor dem Beginne des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses gestellt ist (2422 S. 186).

Versagt die Versicherungsanstalt einem Rentenempfänger für die Dauer des Heilverfahrens ganz oder teilweise die Invalidenrente (§ 1305 mit § 1271 Satz 4 RVO.), so hat sich die Nachprüfung der Beschwerdeinstanz darauf zu beschränken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Versagung vorliegen (2423 S. 188).

§ 14 der Verordg. über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 gilt auch, wenn der Beschäftigte mehrere Jahre vor dem Eintritt in den Hilfsdienst eine invalidenversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt und die Anwartschaft daraus verloren hat (2424 S. 189).

§ 1 der Bekanntmachung über die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung v. 23. Dezember 1915 bezieht sich auch auf Versicherte, die nach Erlöschen der Anwartschaft

das Versicherungsverhältnis gemäß § 1283 RVO. wirksam erneuert, jedoch bis zum Eintritt in den Kriegsdienst eine neue Wartezeit noch nicht zurückgelegt haben (2425 S. 190).

Die Bearbeitung und Begutachtung eines Rentenantrags durch ein unzuständiges Versicherungsamt steht der Überweisung der Sache an das zuständige nicht entgegen (2426 S. 192.)

B. Allgemeines.

Versicherungsrechtliche Stellung der Leichenträger auf Friedhöfen einer Kirchengemeinde und der Hilfskirchendiener.

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** vom 2. Juli 1917, b) des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 29. Dezember 1917.

a)

Auf den Kirchhöfen der St. Matthäusgemeinde sind sechs Personen als ständige Leichenträger und bei derselben Gemeinde vier Personen als Hilfskirchendiener beschäftigt. Zwischen dem Gemeindekirchenrat und der Allgem. Ortskrankenkasse ist Streit darüber entstanden, ob diese Personen der Versicherungspflicht unterliegen und der Gemeindekirchenrat als melde- und beitragspflichtiger Arbeitgeber anzusehen sei. Er bestreitet dies, indem er behauptet, die Leichenträger würden von ihm weder beschäftigt, noch bezahlt. Sie seien vielmehr völlig selbständig. Sie würden von dem Gemeindekirchenrat nicht angestellt oder entlassen, sondern, nachdem sie sich im allgemeinen als geeignet hätten ausweisen müssen, lediglich zugelassen, wenn und solange sie sich den ihnen übergebenen Ordnungsvorschriften fügten, die für die Kirchhöfe beständen. Wer sich von ihnen gegen diese Vorschriften vergehe, verliere binnen Monatsfrist das Recht, Leichen auf die Friedhöfe des Gemeindekirchenrats zu tragen. Dieser habe auch weder den Küster noch den Kirchhofsinspektor beauftragt, Anstellungen oder Entlassungen der Leichenträger vorzunehmen. Wenn der Küster diese bestelle und ihnen ihren Verdienst auszahle, so tue er dies nur aus Gefälligkeit. Sonst geschehe beides durch den Obmann der Leichenträger, der zur Zeit im Felde sei, und sonst auch ihren Lohn einziehe. Die Höhe ihrer Entlohnung habe der Gemeindekirchenrat nicht festgesetzt. Den Leichenträgern sei auch nicht ein Sondervorrecht erteilt, ausschließlich als solche auf den Friedhöfen der Gemeinde tätig zu sein, es komme vielmehr auch vor, daß andere Personen daselbst Leichen tragen. Arbeitsverträge zwischen den Leichenträgern und dem Gemeindekirchenrat seien nicht vorhanden. Sie ständen weder in einem persönlichen noch in einem wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnisse zu ihm. Er ziehe auch nicht einen Gewinn aus dem Leichenträgerwesen. Arbeitgeber der Leichenträger seien die Begräbnisinteressenten; denn es sei Sache der Angehörigen der Verstorbenen, für Leichenträger zu sorgen.

Die Hilfskirchendiener seien teils selbständige Handwerksmeister, teils Hausverwalter und hätten aus diesen Berufen denjenigen Erwerb, der die eigentliche Grundlage ihrer wirtschaftlichen Existenz bilde. Vom Gemeindekirchenrat, bei dem sie allsonntäglich als Hilfskirchendiener beschäftigt seien, bezögen sie ein jährliches Entgelt von 132 *M*. Dies sei so geringfügig und für ihre Lebenshaltung so bedeutungslos, daß es als Unterlage einer Versicherungspflicht nicht in Betracht kommen könne.

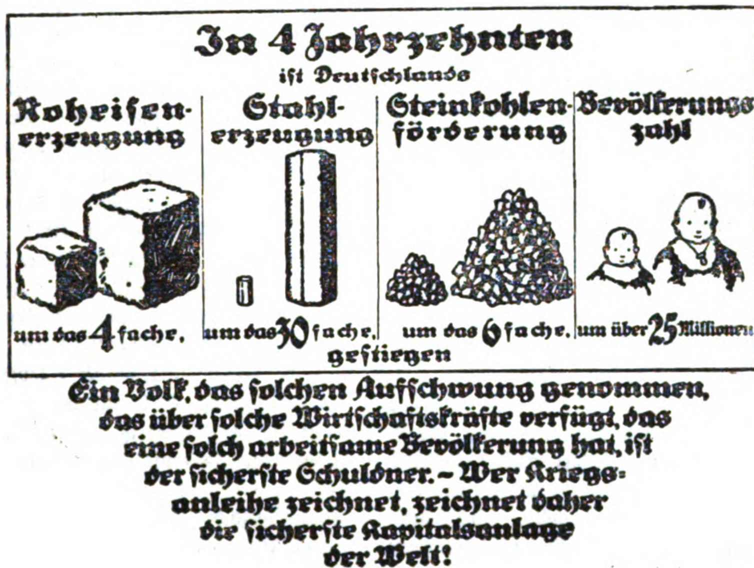
Die Kasse vertrat den Standpunkt, daß die bezeichneten Personen, deren Verhältnis zum Gemeindekirchenrat im wesentlichen das gleiche sei, wie bei allen übrigen Kirchengemeinden, in versicherungsrechtlich abhängigen Lohnarbeitsverhältnissen stehen und der Gemeindekirchenrat ihr Arbeitgeber sei. Dies wurde im einzelnen näher ausgeführt.

Das Versicherungsamt erhob Beweis und entschied alsdann im Sinne der Kasse aus folgenden Gründen:

Das Versicherungsamt hält es auf Grund der stattgehabten Beweisaufnahme für erwiesen, daß die in Rede stehenden sechs als ständige Leichenträger auf den Friedhöfen der Matthäusgemeinde tätigen Personen auf Grund dieser Beschäftigung der Krankenversicherungspflicht unterliegen. Als entscheidend hierfür ist insbesondere anzusehen, daß sie, wie Antragsteller (Gemeindekirchenrat) selbst zugibt, sich diesem gegenüber darüber ausweisen müssen, daß sie für den fraglichen Beruf geeignet sind, und erst dann zu dessen Ausübung vom Antragsteller zugelassen werden, sowie daß sie zur Befolgung der ihnen ausgehändigten Verhaltungsvorschriften verpflichtet sind und bei Nichtbefolgung derselben ihnen vom Antragsteller nach Ablauf einer bestimmten Frist die Befugnis zum Leichentragen wieder entzogen wird. Von B. ist auch eine förmliche, vom Antragsteller ausgestellte Anstellungsurkunde vom 11. Oktober 1910 vorgelegt worden, laut welcher dieser nach einer mehrmonatlichen Probedienstleistung als Leichenträger unter Vorbehalt beiderseitiger vierwöchiger Kündigung endgültig als Leichenträger angestellt worden ist unter Hinweis auf die ihm am 16. März 1910 ausgehändigte Dienstanleitung, deren genaue Beachtung ihm zur Pflicht gemacht wird. Hieraus ist zu ersehen, daß die ständigen Leichenträger zum Antragsteller in einem persönlichen Abhängigkeitsverhältnis stehen. Dieses ist aber auch ein wirtschaftliches, weil auf jeden Fall der aus ihrer Beschäftigung als Leichenträger erzielte Verdienst für die Bestreitung ihrer Lebensbedürfnisse von wesentlicher Bedeutung ist. Der Umstand, daß die Leichenträger ihre Gebühren nicht aus der Kirchenkasse, sondern von den Angehörigen der Verstorbenen, sei es durch Vermittelung des Obmannes der Leichenträger oder in dessen Vertretung durch den Küster erhalten, ist von untergeordneter Bedeutung für das Arbeitsverhältnis. Dagegen ist hierfür die Tatsache um so bedeutungsvoller, daß ihnen die Verdienstmöglichkeit erst durch ihre Zulassung seitens des Antragstellers gegeben wird. Hiernach erscheint die Versicherungspflicht der fraglichen 6 Leichenträger in Ansehung ihrer Beschäftigung bei der St. Matthäusgemeinde begründet. Antragsteller ist in

dieser Beziehung als ihr Arbeitgeber anzusehen und demgemäß zu ihrer Meldung und zur Beitragszahlung für sie der Antragsgegnerin gegenüber verpflichtet.

Die Beschäftigung der vier Hilfskirchendiener bei dem Antragsteller unterliegt ebenfalls der Versicherungspflicht, da ihr Verdienst aus dieser Stellung nicht als geringfügig anzusehen ist. Dies gilt auch für A., der außer dieser Einnahme einen weiteren Arbeitsverdienst nicht hat, sondern nur noch Invalidenrente und einen Ehrensold bezieht und im übrigen von seinen Kindern eine Zubuße erhält.



Eine vorübergehende, versicherungsfreie Dienstleistung im Sinne der Bekanntmachung des Bundesrats vom 17. November 1913 kommt weder für die fraglichen sechs ständigen Leichenträger noch für die in Rede stehenden Hilfskirchendiener in Frage, zumal der Verdienst aus ihrer Tätigkeit bei der St. Matthäusgemeinde bei keinem von ihnen ein so geringfügiger ist, daß er für ihren Lebensunterhalt nicht wesentlich wäre.

Antragsteller ist daher auch bezüglich der genannten Hilfskirchendiener als deren melde- und beitragspflichtiger Arbeitgeber anzusehen.

b)

Die vom Gemeindekirchenrat erhobene Beschwerde wurde vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

. . . Bei der weiteren Frage, welche nunmehr zu entscheiden ist, wer als Arbeitgeber der Genannten im Sinne des Gesetzes anzusehen sei, kommen außer dem beschwerdeführenden Gemeindekirchenrat nur die Angehörigen (Erben) der jedesmal zu beerdigenden Person in Frage. Diese haben aber keinen anderen Einfluß auf die Tätigkeit der Leichenträger, als daß sie die Kosten für deren Arbeit tragen. In allen übrigen Punkten wird das Arbeitsverhältnis durch den Gemeindekirchenrat bestimmt. Er regelt auch die sonstigen Angelegenheiten des Begräbnisses auf dem der Kirchengemeinde gehörigen Friedhofe. Dahin gehört in erster Linie die Festsetzung der Gebühren für die zu leistende Arbeit, ferner die Zulassung zu der genannten Tätigkeit überhaupt nach einer Prüfung der persönlichen Verhältnisse der Bewerber, schließlich auch eine Anweisung für das Verhalten während der Arbeitstätigkeit auf dem Kirchhofe. Danach besteht eine persönliche und wirtschaftliche Abhängigkeit jedenfalls zwischen den sogenannten ständigen Leichenträgern, um die allein es sich hier handelt, und dem Gemeindekirchenrat, nicht aber zwischen jenen und den jeweiligen Erben des Toten oder deren Vertreter. Für die Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung ist aber die persönliche und wirtschaftliche Abhängigkeit des Arbeitenden von wesentlicher Bedeutung. Nicht derjenige, welcher das Entgelt zahlt, ist auch immer der Arbeitgeber im versicherungspflichtigen Sinne. Das Versicherungsverhältnis beruht in vielen Fällen auf sogenannten mittelbaren Arbeitsverhältnissen, wie es hier zwischen dem Gemeindekirchenrat und den ständigen Leichenträgern gegeben ist. Das Reichsversicherungsamt hat solche Fragen der Versicherungspflicht bereits grundsätzlich und eingehend in der Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen (Amtl. Nachr. 1912 S. 721 ff.) festgestellt, auf deren Inhalt, insbesondere unter Ziffer 12 und 14, hier verwiesen wird.

Gegenüber diesem Stande der Rechtsprechung

sind auch die weiteren Ausführungen in der Beschwerdeschrift des Gemeindekirchenrats von keiner ausschlaggebenden Bedeutung, da diese Ausführungen sehr theoretischer Natur sind, und die Tatsache der hier bestehenden persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeit der Leichenträger vom Beschwerdeführer nicht genügend berücksichtigen. Insbesondere ist noch zu bemerken, daß die Zulassung der ständigen Leichenträger durch den Gemeindekirchenrat nicht lediglich eine gesetzlich vorgeschriebene behördliche Zulassung im Sinne der polizeilichen Konzessionierungen von Gewerbebetrieben ist. Denn bei letzteren wird die Arbeit auf verschiedenen der Verwaltung der Behörde überhaupt nicht unterworfenen Gebieten geleistet, hier dagegen auf dem Grundstück der durch den Gemeindekirchenrat vertretenden Kirchengemeinde und bei einer Gelegenheit, die in den Geschäftsbereich des Gemeindekirchenrats als Verwalter des Friedhofes der Kirchengemeinde fällt. Hiermit erledigt sich auch der Einwand, daß der Gemeindekirchenrat den Leichenträgern lediglich eine Arbeitsgelegenheit verschafft habe, wie es eine Prüfungskommission oder ein Patentamt durch Erteilung von Zeugnissen und Patenten an Personen zu tun pflegt, die dann selbständig ihren Erwerb auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte suchen. Daß der Gemeindekirchenrat nach Feststellung seiner Beitragspflicht etwa gezwungen sei, die vollen Kassenbeiträge aus eigenen Mitteln zu decken, trifft nicht zu. Es ist vielmehr durch das Gesetz (§ 394 Abs. 2 RVO.) Vorsorge getroffen, daß die Versicherungspflichtigen, denen ein Entgelt von Dritten gewährt wird, ihren Beitragsanteil dem Arbeitgeber erstatten, und zwar hat dies im Stadtkreis Berlin nach Maßgabe der Bestimmung des Herrn Oberpräsidenten vom 10. Dezember 1913 (Amtsbl. 1913 S. 678) zu geschehen. Einer ziffermäßigen Feststellung des vom Gemeindekirchenrat für die zurückliegende und für die künftige Zeit zu entrichtenden Kassenbeitrages schließlich bedurfte es im vorliegenden Falle nicht; denn der § 405 RVO. gibt die Möglichkeit, über Versicherungs- und Beitragspflicht zunächst grundsätzlich zu entscheiden. Es ist Sache der Krankenkasse, nach Rechtskraft der Entscheidung den Kassenbeitrag vom Arbeitsgeber einzufordern. Hat dieser dann etwa Grund, die Höhe des Beitrages zu bemängeln, so würde der Streit hierüber in einem neuen Verfahren zum Austrag zu bringen sein.

Es erübrigt sich nunmehr noch, über die Versicherungspflicht derjenigen Personen zu entscheiden, welche als Hilfskirchendiener gegen einen Jahresverdienst von nicht mehr als 132 M vom Beschwerdeführer beschäftigt werden. Abgesehen von dem Hilfskirchendiener A. sind diese Personen gleichzeitig ständige Leichenträger. Als solche verrichten sie berufsmäßig Lohnarbeit und unterliegen sonach nicht der Vorschrift unter Ziff. 3 der Bundesratsverordnung vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756), welche nur diejenigen Personen trifft, welche sonst, d. h. außerhalb der in Frage stehenden gering gelohnten Tätigkeit keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten. Bei diesen Personen bedurfte es daher nicht der Feststellung, ob der Jahresbeitrag von 132 M als geringfügig, d. h. für den Lebensunterhalt nicht wesentlich anzusehen ist. Für den Hilfskirchendiener A. andererseits trifft letztere Voraussetzung nach Ansicht des Oberversicherungsamts, das sich auch hier der Vorentscheidung anschließt, nicht zu, da dem A. als eigene Einnahmen nur eine Invalidenrente und ein Ehrensold zur Verfügung stehen. Hiernach war auch die Versicherungspflicht der Hilfskirchendiener zu bejahen.

C. Zur Krankenversicherung.

Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts (§ 180 Abs. 3 RVO.).

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 16. November 1917 (G. 1316/17).

In den Fällen des § 180 Abs. RVO. hat hier stets die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts Beschluß gefaßt. Die Ansicht einiger Kommentatoren, daß die Erteilung der Zustimmung hier ohne Beisitzer zu erfolgen habe, erscheint gegenüber dem klaren Wortlaut des Gesetzes unbegründet. Auch die Vorschrift des § 324 Abs. 3 RVO. rechtfertigt eine solche Auffassung nach diesseitiger Ansicht nicht. Denn die Reichsversicherungsordnung enthält zahlreiche Vorschriften (aufgeführt bei Hahn, Handb. der KrVers. zu § 324 Anm. 2c), in denen die Zustimmung zu einer Satzungsvorschrift dem Oberversicherungsamt (ohne den Zusatz „Beschlußkammer") übertragen ist.

Bedeutung der Erhöhung der Obergrenzen des Grundlohns nach der Bek. v. 22. 11. 17.

Bescheid des **Reichswirtschaftsamts** vom 5. Febr. 1918.

Über diese Frage haben wir uns in einer Auskunft im Heft 6 S. 117 Ziff. 1 geäußert. Mit der von uns vertretenen Auffassung stimmt der nachstehend mitgeteilte Bescheid des Reichswirtschaftsamts, den wir der „Betriebskrankenkasse" (Nr. 4 S. 27) entnehmen, überein. Dem entgegen hat das bayer. Ministerium des Innern in einem Erlaß v. 7. Februar 1918 (daselbst S. 31) die Auffassung vertreten, daß die nunmehrigen Beträge für den Grundlohn von 8 und 10 M Höchstbeträge seien, über die die Krankenkassen nicht hinaus-

gehen, hinter denen sie aber zurückbleiben dürften, auch wenn sie den Grundlohn nach § 180 Abs. 1 RVO. klassenweise festsetzen. Daß dies, wie das bayer. Ministerium meint, sich „aus dem Wortlaut und der Entstehungsgeschichte" des § 180 folge, wird durch den nachstehenden Bescheid treffend widerlegt.

Mit dem Vorbehalt, der sich aus der Zuständigkeit zur Entscheidung der vorgetragenen Frage im Rechtszuge ergibt, wird erwidert, daß das Reichswirtschaftsamt den § 1 der Bekanntmachung vom 22. 11. 17 in dem vom Verbande dargelegten Sinne auslegt: § 20 des KrVersGes. bestimmte, daß der durchschnittliche Tagelohn derjenigen Klassen von Versicherten, für welche die Kasse errichtet wird, „soweit er 4 M für den Arbeitstag nicht überschreitet", an die Stelle des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter zu treten habe. Die Möglichkeit, eine niedrigere Höchstgrenze als 4 M festzusetzen, war bei dieser Fassung ausgeschlossen. Die Entstehungsgeschichte des § 180 der RVO. ergibt, daß bei der Abfassung seines 1. Absatzes auf keiner Seite die Absicht bestanden hat, nach dieser Richtung hin eine Änderung eintreten zu lassen, der Reichstagsausschuß hat lediglich den Betrag von 4 auf 5 M erhöht. Die Festsetzung durch die Satzung muß also nach Abs. 1 des § 180 stets bis zu 5 M gehen.

Die Absätze 2 und 4 des § 180 enthalten dagegen abweichend vom Absatz 1 keine Muß-, sondern eine Kannvorschrift, und zwar betrifft die in den Absätzen 2 und 4 der Satzung gelassene Freiheit nicht nur die Festsetzung nach Stufen oder nach dem wirklichen Arbeitsverdienst, sondern auch den dabei anzusetzenden Höchstbetrag von 6 M; dergestalt also, daß eine Satzung den durchschnittlichen Tagesentgelt auch stufenweise nur bis 5 M festsetzen könnte. In gleicher Weise wäre eine Festsetzung nach dem wirklichen Arbeitsverdienst nur bis zum Höchstbetrage von 5 M oder beispielsweise auch 5,50 M zulässig. Das Wort „bis" hat mithin in den Absätzen 2 und 4 eine andere Bedeutung als im Absatz 1. Dagegen würde es offenbar der Absicht des Gesetzes nicht entsprechen, wenn eine Satzung die Kannvorschrift des Absatzes 2 oder 4 dahin auslegen wollte, daß sie bei dem Höchstsatz hinter 5 M zurückbliebe. In dieser Beziehung behält die an die Spitze des § 180 gestellte Regel des Absatzes 1 Wirkung auch für die Fälle der Absätze 2 und 4.

Die Bekanntmachung vom 22. 11. 17 aber wollte in ihrem § 1 nichts anderes, als für die Dauer ihrer Geltung im § 180 Absatz 1 der RVO. das Wort „fünf" durch „acht" und in den Absätzen 2 und 4 daselbst das Wort „sechs" durch „zehn" ersetzen. Daraus folgt, daß alle Kassen — gleichviel, ob sie ihren Grundlohn nach den Absätzen 1, 2 oder 4 des § 180 regeln —, jetzt bis zu dem Höchstsatz von 8 M gehen müssen, daß aber die Kassen, welche die Absätze 2 und 4 anwenden, über 8 M hinaus bis 10 M gehen können.

Mit Rücksicht auf die in der dortigen Eingabe erwähnten Zweifel der Praxis ist allen einzelstaatlichen Regierungen diese Auffassung mitgeteilt worden.

Kein Erlöschen der Versicherungsberechtigung beim Ausscheiden aus der sie begründenden Tätigkeit.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 10. November 1917 (2415 Amtl. Nachr. S. 174).

. . . Die Kassenmitgliedschaft freiwillig Weiterversicherter (§ 313 RVO., § 3 Abs. 4 der Satzung) endet nach dem Gesetz, abgesehen von Tod, freiwilligem Austritt, Verlegung des regelmäßigen Aufenthalts in das Ausland (§ 313 Abs. 1 RVO., zu vgl. jedoch § 1 des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914), Übertritt zu einer anderen Kasse (§ 312) und den sich aus § 311 ergebenden Fällen, sofern das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen des Versicherten 4000 M übersteigt (§§ 178, 311 Abs. 2) oder wenn er zweimal nacheinander am Zahltag die Beiträge nicht entrichtet (§ 314 Abs. 1). Die Einziehung zum Militärdienste hindert an sich die Fortsetzung der freiwilligen Weiterversicherung nicht. Die Bestimmung in § 15 Abs. 1 der Satzung, wonach Mitglieder, die zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen werden, aus der Kasse ausscheiden, ist daher auch für freiwillig Weiterversicherte ungültig. Anderseits dauert ihre Mitgliedschaft während militärischer Dienstleistungen solange fort, als sie nicht aus einem der bezeichneten Gründe erlischt. Demnach kann für freiwillig Weiterversicherte nicht allgemein bestimmt werden, daß sie während militärischer Übungen oder des Kriegsdienstes schlechthin Kassenmitglieder bleiben (§ 15 Abs. 2 der Satzung).

Ähnlich liegt die Sache bei Personen, die nach § 2 Abs. 5 der Satzung (§ 176 Abs. 1 Nr. 1 RVO.) als versicherungsfreie Beschäftigte der Kasse freiwillig beigetreten sind. Wie bemerkt, hängt es von den Umständen des Einzelfalls ab, ob das Beschäftigungsverhältnis bei Einziehung zu militärischen Dienstleistungen fortbesteht. Erlischt es, so scheidet der Versicherte damit aus der Tätigkeit aus, die seine Versicherungsberechtigung begründete. Hahn (Arb.-Vers. 1917 S. 577 und 709) nimmt an, daß in derartigen Fällen ohne weiteres auch die Versicherungsberechtigung ende. Dieser Auffassung war nicht beizutreten, da sie der eigenartigen Stellung der nach § 176 Abs. 1 RVO. zur freiwilligen Versicherung Befugten nicht hinreichend Rechnung trägt und überdies mit der Begründung zur Reichsversicherungsordnung nicht im Einklang steht (zu vgl. auch Hoffmann im Zentralbl. der Reichsvers. 1917 S. 682 sowie Kleeis in der Volkst. Zeitschr. 1916 S. 278, ferner Deutsche Krankenkassen-Zeitung 1917 S. 181).

Jene Personen haben eine Mittelstellung zwischen Versicherungspflichtigen und freiwillig Weiterversicherten. Die Versicherungsberechtigung ist ihnen deshalb eingeräumt, weil sie sich in einer ähnlichen wirtschaftlichen Lage wie die Versicherungspflichtigen befinden und daher gleichfalls des Schutzes der sozialen Fürsorge bedürfen (zu vgl. Kommissionsber. zur RVO. II S. 44). Anderseits ist es ebenso wie bei den zur freiwilligen Weiterversicherung Befugten lediglich ihrer freien Entschließung überlassen, ob sie von den Vorteilen der Versicherung Gebrauch machen wollen oder nicht. Auch gelten die Vorschriften der §§ 178, 314 Abs. 1 über das Erlöschen der Versicherungsberechtigung nach ihrem Wortlaut für alle Versicherungsberechtigten, gleichviel, ob es sich um freiwillig Beigetretene oder um Weiterversicherte handelt. Unter diesen Umständen kann nicht mit Hahn (zu vgl. a. a. O. S. 579) lediglich unter entsprechender Anwendung der für Pflichtversicherte maßgeblichen Grundsätze angenommen werden, daß die Versicherungsberechtigung mit dem Ausscheiden aus der sie begründenden Tätigkeit (§ 176 Abs. 1 Nr. 1 bis 3) RVO. ohne weiteres erlösche. Das würde die freiwillig Beigetretenen benachteiligen gegenüber den freiwillig Weiterversicherten, was das Gesetz bei der inneren Verwandtschaft dieser beiden Formen der Versicherung nicht gewollt haben wird. Beispielsweise müßte ein freiwillig beigetretener Beschäftigter (§ 176 Abs. 1 Nr. 1) mit einem Einkommen von 3000 ℳ bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses aus der Versicherung ausscheiden, während ein freiwillig Weiterversicherter unter gleichen Umständen die Versicherung fortsetzen kann. Das entsprechende würde für Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer gelten, welche die Zahl ihrer regelmäßig Beschäftigten auf mehr als zwei erhöhen (§ 176 Abs. 1 Nr. 3). Ferner würde das Versicherungsverhältnis freiwillig beigetretener Beschäftigter, die durch Ausscheiden aus der Beschäftigung erwerbslos werden, gleichfalls schlechthin erlöschen, wogegen es bei freiwillig Weiterversicherten auch bei Erwerbslosigkeit nicht ohne weiteres, sondern nur nach allgemeinen Grundsätzen, insbesondere also erst dann endet, wenn zweimal nacheinander am Zahltag die Beiträge nicht entrichtet werden. Überdies wären die freiwillig Beigetretenen in solchen Fällen auch gegenüber den Pflichtversicherten benachteiligt. Denn die Vorschrift des § 214 RVO. über den Schutz Erwerbsloser kommt nur Versicherungspflichtigen, nicht aber Versicherungsberechtigten zugute (zu vgl. Revisionsentsch. 2111, Amtl. Nachr. 1915 S. 762). Dies beruht darauf, daß freiwillige Kassenmitglieder, wie auch die Begründung zur Reichsversicherungsordnung bemerkt (S. 182), nicht „wegen Erwerbslosigkeit" ausscheiden können. Darin liegt, daß das Versicherungsverhältnis freiwillig Beigetretener, die durch Ausscheiden aus der Beschäftigung erwerbslos werden, nicht, wie bei Versicherungspflichtigen, ohne weiteres erlischt. Folgerichtig muß das gleiche für alle anderen freiwillig Beigetretenen gelten, wenn sie aus der ihre Versicherungsberechtigung begründenden Tätigkeit ausscheiden. Hiernach kann eine solche Tätigkeit nur als eine Voraussetzung für den freiwilligen Beitritt, nicht auch als eine solche für die Fortdauer der Versicherung angesehen werden. Das entspricht auch dem Wortlaut des § 176 Abs. 1 RVO., wonach die dort bezeichneten Personen der Versicherung freiwillig „beitreten" können, wenngleich zuzugeben ist, daß der Wortlaut dieser Vorschrift die entgegengesetzte Auffassung nicht ausschließt (zu vgl. Hahn a. a. O. S. 578). Richtig ist, daß eine Vorschrift wie in § 313 Abs. 1, § 1243 Abs. 2 RVO. für Personen, die der Krankenversicherung freiwillig beigetreten sind, nicht getroffen ist. Daraus kann jedoch gegenüber den dargelegten Erwägungen nicht mittels der sogenannten Beweisführung aus dem Gegenteil gefolgert werden, daß die Versicherungsberechtigung mit dem Ausscheiden aus der sie begründenden Tätigkeit schlechthin erlischt. Dabei hat der Senat nicht verkannt, daß diese Auffassung zu einer gewissen Bevorzugung der freiwillig Beigetretenen gegenüber den Pflichtversicherten führt (zu vgl. Hahn a. a. O. S. 579). Während diese nach § 313 Abs. 1 RVO. bei dem Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft die Versicherung nur fortsetzen können, wenn sie vorher eine bestimmte Zeit hindurch versichert waren, sind freiwillig Beigetretene mangels einer ausdrücklichen gesetzlichen Vorschrift einer ähnlichen Beschränkung nicht unterworfen. Hierauf konnte jedoch kein entscheidendes Gewicht gelegt werden. Der Unterschied wird dadurch ausgeglichen, daß die Kassen nach § 310 Abs. 3 RVO. Versicherungsberechtigte, die sich zum Beitritt melden, ärztlich untersuchen lassen und den Beitritt Erkrankter sowie solcher Personen, für die das satzungsmäßig beizubringende Gesundheitszeugnis nicht genügt, zurückweisen können. Diese Vorschrift bezweckt, ähnlich wie die in § 313 Abs. 1 vorgesehene Beschränkung der Weiterversicherung, ungünstige Risiken von den Krankenkassen fernzuhalten (zu vgl. die Begr. zur RVO. S. 197). Ob die Vorschriften in § 193 Abs. 3 und § 340 RVO., die nach ihrem Wortlaut nur für freiwillig Weiterversicherte gelten, wegen Gleichheit des Grundes auch auf freiwillig Beigetretene anzuwenden sind, braucht hier nicht erörtert zu werden. Ebenso kann dahingestellt bleiben, ob die Kassenmitgliedschaft oder — in entsprechender Anwendung des § 313 Abs. 1 RVO. — die Versicherungsberechtigung erlischt, wenn ein freiwillig Beigetretener seinen Wohnort in den Bezirk einer anderen Kasse verlegt oder seinen regelmäßigen Aufenthalt im Ausland nimmt (zu vgl. Hahn a. a. O. S. 580, 581). Vorbehaltlich dieser Fälle endet die Kassenmitgliedschaft oder die Versicherungsberechtigung freiwillig Beigetretener, ähnlich wie bei Weiterver-

sicherten, abgesehen von Tod, freiwilligem Austritt, Übertritt zu einer anderen Kasse und den sich aus § 311 ergebenden Fällen, nur dann, wenn ihr regelmäßiges jährliches Gesamteinkommen 4000 ℳ übersteigt oder sie zweimal nacheinander am Zahltag die Beiträge nicht entrichten. Die freiwillig Beigetretenen können hiernach die Versicherung auch während militärischer Dienstleistungen fortsetzen, gleichviel, ob das Beschäftigungsverhältnis aufhört oder nicht, jedoch nur solange, als nicht die Kassenmitgliedschaft oder die Versicherungsberechtigung nach den allgemeinen Grundsätzen erlischt. Demnach kann auch für sie nicht, wie in § 15 der Satzung, allgemein bestimmt werden, daß die Versicherten bei Einziehung zur Erfüllung der Wehrpflicht aus der Kasse ausscheiden, dagegen während militärischer Übungen oder des Kriegsdienstes Mitglieder bleiben. . . .

Teuerungszulagen für Kassenangestellte.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 22. Februar 1918 (HMBl. S. 100).

Es ist bei mir Klage darüber geführt worden, daß manche Krankenkassen sich bislang nicht haben bereit finden lassen, ihren Angestellten Teuerungszulagen zu bewilligen, die der gegenwärtigen Preissteigerung aller Lebensbedürfnisse entsprechen. Unter Hinweis auf den Erlaß vom 9. März v. Js. (HMBl. S. 91) ersuche ich, auf diejenigen Krankenkassen, bei denen die Dienstbezüge der Angestellten im Mißverhältnis zu den Kosten der Lebenshaltung stehen, erneut dahin einzuwirken, daß sie durch Gewährung angemessener Teuerungszulagen der schwierigen wirtschaftlichen Lage ihrer Angestellten Rechnung tragen.

Teuerungszulagen für Kassenbeamte.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 20. November 1917 (B. K. 423/17).

Die Stelle in dem Kommentar von Hoffmann zu Abschnitt I der Verordnung des Reichskanzlers betreffend Krankenversicherung usw. vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200, ArbVers. 1917 S. 180) kann nach Ansicht des Oberversicherungsamts nicht dahin verstanden werden, daß Vorschriften einer Stadtgemeinde über die Gewährung von Teuerungszulagen an ihre Beamten ohne weiteres auch für die Beamten der Krankenkassen gelten. Bei Regelung der Bezüge der Krankenkassenbeamten muß lediglich auf die Rechte und Pflichten der Gemeindebeamten, also auch auf etwaige Nebenbezüge an Teuerungszulagen Rücksicht genommen und grundsätzlich eine Gleichstellung in den gesamten Bezügen erstrebt werden. (Ministerialerl. v. 18. Februar 1914, HMBl. S. 79, ArbVers. 1914 S. 186). In formeller Beziehung geschieht dies, nach vorangegangenem Beschluß des Kassenvorstandes, durch das vom Oberversicherungsamt zu erlassende Regulativ oder eine besondere Genehmigungsverfügung, während die Vorschriften über die Dienstordnung, welcher die Angestellten der Kassen unterstehen, und somit auch die Verordnung vom 1. März 1917 auf Beamte der Krankenkassen keine Anwendung finden.

Rechnungsnachweisungen der Krankenkassen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 25. Februar 1918 (HMBl. S. 100).

Da die Erschwerung in der Geschäftsführung der Krankenkassen infolge des Krieges weiterhin fortbesteht und es den Kassenvorständen wie in den Jahren 1916 und 1917 vielfach auch im laufenden Jahre nicht möglich sein wird, den Rechnungsabschluß und die Nachweisungen dem Versicherungsamte bis zum 1. März einzureichen, hat der Herr Reichskanzler im Einverständnis mit mir den Kassenvorständen allgemein gestattet, den Rechnungsabschluß und die Nachweisungen für das Geschäftsjahr 1917 erst zum 1. April 1918 beim Versicherungsamt einzureichen.

Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge für Kassenangestellte.

Erlaß der **preuß. Minister** für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. vom 21. Februar 1918 (HMBl. S. 99).

Durch den Beitritt einer Krankenkasse zu der „Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen“ werden nach deren Satzung vom 8. Oktober / 9. Dezember 1917 lediglich Rechtsbeziehungen zwischen der Krankenkasse und der Ruhegehaltsversicherung begründet. Dagegen beantwortet sich die Frage, ob und in welchem Umfang den Angestellten und Beamten einer Krankenkasse Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge zusteht, nach der Dienstordnung oder dem Beamtenregulativ. Daraus ergibt sich, daß die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit der im Kassendienste Beschäftigten nach § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 nicht ohne weiteres durch die Zugehörigkeit der Krankenkasse zur Ruhegehaltsversicherung erfüllt werden. Es bedarf vielmehr einer Entscheidung auf Grund der für die einzelne Krankenkasse maßgebenden Bestimmungen darüber, ob die Versicherungsfreiheit gemäß § 9 a. a. O. Platz greift. Diese Entscheidung ist durch den Erlaß vom 2. Juni 1913 (HMBl. S. 442) den Regierungspräsidenten, für den Stadtkreis Berlin dem Oberpräsidenten in Potsdam, übertragen.

Wir bemerken noch, daß gegen den Beitritt der Krankenkassen zu der Ruhegehaltsversicherung unsererseits keine Einwendungen erhoben werden, daß aber die endgültige Entscheidung über die Zulässigkeit der

Verwendung von Kassenmitteln für die Zwecke der Ruhegehaltsversicherung dem Reichsversicherungsamte zusteht.

Der Beitritt einer Krankenkasse zu der Ruhegehaltsversicherung setzt voraus, daß den Kassenangestellten Anspruch auf Ruhegehalt gegen die Krankenkasse zusteht. Es findet daher, soweit es sich um Orts-, Land- und Innungskrankenkassen oder um Kassenverbände handelt, der Erlaß vom 18. Februar 1914 (HMBl. S. 79) Anwendung.

D. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Erleichterung des Erlasses berufsgenossenschaftlicher Unfallverhütungsvorschriften.

Vom 19. Februar 1918 (RGBl. S. 85).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Die Vorstände der gewerblichen Berufsgenossenschaften können Vorschriften zur Verhütung von Unfällen (§§ 848 ff. der RVO.) ohne vorherige Begutachtung durch die Sektionsvorstände (§ 852 a. a. O.) und ohne Mitwirkung der Genossenschaftsversammlung erlassen. Die weiteren Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über den Erlaß von Unfallverhütungsvorschriften werden hierdurch nicht berührt.

§ 2. — Die nach § 1 erlassenen Unfallverhütungsvorschriften treten mit Ende des Kalenderjahres außer Kraft, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

§ 3. — Die Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt ihres Außerkrafttretens.

Anmerkung: Tag der Verkündung — der Ausgabe der Nr. 25 des RGBl. — ist der 21. Februar 1918.

Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts zur Bek. v. 17. 1. 18 *) über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung.

Vom 24. Januar 1918 (Deutscher Reichsanzeiger vom 25. 1. 18).

§ 1. — Für Ermittlungen, die der Versicherungsträger bei Durchführung der Bekanntmachung und dieser Bestimmungen für erforderlich hält, gelten die §§ 1571 bis 1579, für Rechtshilfe § 115 Abs. 1, §§ 116, 117 der RVO. entsprechend.

§ 2. — Ist der Antrag auf Gewährung der Zulage (§ 2 der Bekantmachung) an das Versicherungsamt gerichtet, in dessen Bezirke der Verletzte zur Zeit des Antrags wohnt oder beschäftigt ist, so hat sich dieses bei Abgabe des Antrags an den Versicherungsträger gutachtlich darüber zu äußern, ob Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird.

*) ArbVers. Heft 4 S. 70.

§ 3. — Die Zulage wird für die Zeit bis zum 31. Dezember 1918 gewährt und angewiesen. Eine Beschränkung auf einen früher endigenden Zeitraum ist nur dann zulässig, wenn die Voraussetzungen des § 1 der Bekanntmachung zur Zeit der Gewährung der Zulage nicht mehr vorliegen oder die Rente zu diesem Zeitpunkt ruht (§ 5 Satz 2 der Bekanntmachung).

§ 4. — Über den Antrag auf Gewährung der Zulage entscheidet der Versicherungsträger schriftlich. In gleicher Weise entscheidet er, wenn die Zulage fortfallen soll, weil die Rente ruht oder der Verletzte sich gewöhnlich im Ausland aufhält oder nicht mehr eine Rente in der in § 1 der Bekanntmachung angegebenen Höhe bezieht. In diesem Falle und bei völliger oder teilweiser Ablehnung des Antrags sind die Gründe mitzuteilen.

§ 5. — Ist eine Genossenschaft Versicherungsträger, so erfolgt die Entscheidung durch den Vorsitzenden des Genossenschaftsvorstandes oder den Vorsitzenden des Sektionsvorstandes, je nachdem die Hauptentschädigungsakten bei dem einen oder dem anderen Vorstand geführt werden.

§ 6. — Gegen die Entscheidung des Versicherungsträgers ist binnen einem Monat nach Zustellung Einspruch bei dem in § 3 Abs. 2 der Bekanntmachung bezeichneten Oberversicherungsamte (Spruchkammer) zulässig.

Das Oberversicherungsamt entscheidet endgültig.

§ 7. — Die Entscheidung muß den Vermerk enthalten, daß sie endgültig wird, wenn der Verletzte nicht binnen einem Monat nach ihrer Zustellung den Einspruch bei dem Oberversicherungsamt einlegt. Das für den Einspruch zuständige Oberversicherungsamt ist zu bezeichnen.

§ 8. — Die Entscheidung ist dem Verletzten zuzustellen. Die §§ 135, 136 der RVO. gelten entsprechend.

§ 9. — § 1302, § 1303 Abs. 1 der RVO. gelten entsprechend.

§ 10. — Für die Einlegung des Einspruchs gelten § 124 Abs. 1, § 125, § 127, § 128 Abs. 2 und die §§ 129 bis 134 der RVO. entsprechend.

§ 11. — Für das Verfahren über den Einspruch gelten die Vorschriften der RVO. über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt entsprechend, soweit nicht die §§ 1684 bis 1686 und 1690 bis 1692 der RVO. etwas anderes vorschreiben.

§ 12. — Die Zahlungsanweisung erfolgt getrennt von der Rente durch den Vorsitzenden des Organs, das für die Anweisung der Rente zuständig ist, nach anliegendem Muster U 9*)

§ 13. — Über die Zulageanweisungen ist eine Liste zu führen, aus der die bis zum Jahresschlusse zu erwartende Sollzahlung zu ersehen ist.

*) Dabei ist auf die Rentenzahlungsanweisung zu verweisen (Zusatz des Reichsversicherungsamts auf Wunsch des Reichsamts, Amtl. Nachr. S. 156). — Vom Abdruck der Muster wird hier abgesehen.

§ 14. — Die Zulagen an Empfänger in Landbestellbezirken werden ohne Bestellgebühr durch Briefträger ausgezahlt, wenn der Empfänger seine Unfallrente auf diesem Wege ausgezahlt erhält.

Der Empfänger ist hierauf bei der Zustellung der Nachricht über die Gewährung der Zulage hinzuweisen.

§ 15. — Die Quittungen der Empfänger sind nach anliegendem Muster U 11 auszufertigen. Zur Beglaubigung der Unterschrift genügt die Beidrückung des Dienstsiegels einer zur Führung eines solchen berechtigten Person. Für jeden Monat ist, auch wenn die Zahlung für zurückliegende Monate auf einmal erfolgt, eine besondere Quittung auszufertigen.

Die Vordrucke sind dem Empfänger vom Versicherungsträger ausgefüllt mit der Bezeichnung des Fälligkeitsmonats zu übersenden, und zwar tunlichst zugleich mit der Nachricht über die Gewährung der Zulage. Dabei ist er darauf hinzuweisen, daß für jeden Kalendermonat eine besondere Zulagequittung erforderlich ist, auch wenn er mehrere Monatszahlungen gleichzeitig erhebt.

§ 16. — Fällt die Zulage weg, so hat der Versicherungsträger unter Beachtung des § 12 der Ausführungsbestimmungen vom 2. November 1912 eine Wegfallanweisung nach anliegendem Muster U 10 an die obere Postbehörde zu senden.*)

§ 17. — Die Vordrucke sind in der Größe eines $^1/_8$ Aktenbogens hoch- oder breitgedruckt wie die Muster herzustellen.

§ 18. — Die §§ 2, 6, 8, 13 bis 19, 22 der Ausführungsbestimmungen über die Zahlung der Unfallentschädigung sind sinngemäß anzuwenden.

Sprechsaal.

§ 1253 RVO. und die Kriegsteilnehmer.

Aus den Kreisen der durch Verwundung oder Erkrankung dauernd oder vorübergehend invalide gewordenen Kriegsteilnehmer wird oft bitter über den § 1253 RVO. geklagt, nach welchem die dem Rentenbewerber zustehende Rente (von engbegrenzten Ausnahmen abgesehen) nicht länger als 1 Jahr rückwärts seit dem Tage des Eingangs des Antrags beim Versicherungsamt ausgezahlt wird. Diese aus dem InvVersGes. übernommene Vorschrift soll verhindern, daß Nachzahlungen für mehrere Jahre zu leisten sind und die Berechtigten neben einer laufenden Rente noch ein für ihre Verhältnisse nicht unerhebliches Kapital erhalten. Aber gerade dieser Grund, der in Friedenszeiten zu der Fristsetzung geführt hat, sollte in der jetzigen Zeit das entgegengesetzte Ergebnis zeitigen. Viele Kriegsbeschädigte sind infolge ihrer Verwundung oder Erkrankung an der Wiederausübung ihres alten Berufes verhindert und zur Aufnahme eines anderen gezwungen. Es würde für sie eine Erleichterung ihrer wirtschaftlichen Lage bedeuten, wenn ihnen infolge der Beseitigung der Ausschlußfrist größere Rückstände ausgezahlt werden könnten, besonders da sie in den meisten Fällen nicht wirtschaftlich stark genug sind, um über die schwere Übergangszeit ohne Nöte und Entbehrungen hinwegzukommen. Es möge auch nicht unerwähnt bleiben, daß eine finanzielle Stärkung dieser schwächeren Elemente durch die Landesversicherungsanstalten auf diesem Wege auch im allgemeinen Interesse nur erwünscht sein kann. Anderseits wird auch bei den der militärischen bzw. militärärztlichen Aufsicht unterstehenden verwundeten und erkrankten Versicherten die Feststellung einer etwaigen Invalidität im Sinne des § 1255 für die Vergangenheit im Regelfalle den Fachärzten der Landesversicherungsanstalten nicht schwer fallen, denn regelmäßig wird über sie von seiten der Militärbehörden (Lazarett oder dergl.) eine Krankheitsgeschichte geführt. Man wird also die Unmöglichkeit der Nachprüfung des behaupteten Rentenanspruchs bei einer abweichenden Regelung für Kriegsteilnehmer nicht entgegenhalten können.

Welches sind denn überwiegend die Gründe, die zur verspäteten Erhebung des Anspruchs durch die Kriegsbeschädigten führen? Meist ist es wohl (im Gegensatz zu anderen Versicherten, bei denen häufig auch andere Beweggründe mitspielen) Unkenntnis. Eine Entschuldigung allerdings, die nicht als stichhaltig gilt, für die man aber in den zahlreichen Fällen der vorübergehenden Invalidität (§ 1255 Abs. 3) als einen mildernden Umstand wird anführen können, daß die Kriegsbeschädigten nicht durch den Ablauf der Krankenkassenleistungen, wie die nicht im Militärverhältnis stehenden Versicherten, auf das ihnen zustehende Recht gleichsam gestoßen werden, da nur ein verschwindender Bruchteil der Kriegsteilnehmer sich einen Anspruch auf Kassenleistungen gesichert hat. Nicht selten sind auch Fälle, in denen der Kriegsbeschädigte, besonders in den ersten Kriegsjahren, durch objektiv unrichtige Auskunft der unteren, einer Anweisung entbehrenden Militärstellen von der rechtzeitigen Anspruchsanmeldung abgehalten worden ist. So wurde in einem Fall vom Rentenbewerber glaubhaft dargetan, daß ihm beim Truppenteil (Schreibstube) gesagt worden war, der Anspruch auf Rente verjähre erst in zehn Jahren; eine Auskunft, die anscheinend auf eine Verwechslung mit der Militärrente beruhte und kaum vereinzelt dastehen dürfte. In anderen Fällen ist nach der Versicherung der Rentenbewerber ihnen erklärt worden, der Antrag sei erst nach der Entlassung aus dem Heeresdienst, die häufig lange nach Beendigung der Invalidität vor sich geht, zu stellen. Es ließen sich noch viele Einzelfälle durchaus entschuldbarer, doch nicht stichhaltiger Verspätung im Sinne des § 1253 anführen. Man möge auch beachten, daß bis zum Bekanntwerden der Auffassung des Reichsversicherungsamts (vgl. Amtl. Nachr. 1915 S. 561 Ziff. 2041) über die grundsätzliche Anspruchsberechtigung der Kriegsteilnehmer eine solche von den Versicherungsträgern selbst vielfach verneint wurde. Daß diese Kenntnis auch lange Zeit später noch nicht in die breiten Kreise der Versicherten gedrungen ist, erscheint daher um so weniger verwunderlich.

Ist die Ausschlußfrist an sich schon nicht ohne gewisse Härte, so wird sie, wie jeder Praktiker bestätigen kann, von den Kriegsteilnehmern nicht nur als solche, sondern mehr noch als eine verbitternde bureaukratische Bestimmung aufgefaßt, durch welche ihnen ein für sicher gehaltener rückständiger Rentenbetrag zugunsten der Versicherungsträger vorenthalten wird. Man berücksichtige auch, daß den Soldaten in der häufig recht vollkommenen Abgeschlossenheit des Lazaretts der aufklärende Umgang mit unterrichteten Berufsgenossen oder anderen unterrichteten

*) Zu vgl. die vorige Anmerkung.

Personen fehlt, ein Umstand, dem erst durch dankenswerte, nur etwas spät einsetzende aufklärende Anordnungen der Militärverwaltung Rechnung getragen worden ist.

Alle diese Versicherten erleiden nun wegen eines Formfehlers einen wirtschaftlichen Schaden, den selbst eine wohlwollende Handhabung in der Praxis nur zum kleinen Teil wird ausgleichen können. Es soll dabei nicht verkannt werden, daß bei Befolgung der Grundsätze der neuerdings veröffentlichten Entscheidung des Reichsversicherungsamts Ziff. 2404 (Amtl. Nachr. 1917 S. 647) eine Milderung in solchen Fällen eintritt, in denen der Versicherte durch einen Lazarettarzt oder eine in einem ähnlichen Vorgesetztenverhältnis stehende Persönlichkeit ausdrücklich unrichtig belehrt worden ist. Sie bietet aber nicht für eine wohlwollende Praxis die genügend breite Basis.

Bei dieser Sachlage scheint es mir der Billigkeit zu entsprechen, wenn für Kriegsteilnehmer durch Notverordnung mit rückwirkender Kraft für die ganze Kriegszeit eine Beseitigung des § 1253 a. a. O. vorgenommen würde. Daß die Landesversicherungsanstalten diesen ihre Leistungsfähigkeit kaum beeinträchtigenden Mehraufwand zugunsten unserer Kriegsteilnehmer gern auf sich nehmen werden, steht wohl außer Zweifel.

Stadtsekretär Streichan,
Stellvertr. Vorsitzender beim Versicherungsamt der Stadt Berlin.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Lohnstufe der freiwillig weiterversicherten Kassenmitglieder.

Der § 313 RVO. in seiner jetzigen Gestalt hat zu viel Meinungsverschiedenheiten veranlaßt. Es sei nur daran erinnert, daß sehr viele Krankenkassen die Meinung vertraten, der Weiterversicherer könne wohl in eine „niedere“, aber nicht in die niedrigste Lohnstufe übertreten. Die Frage ist vom Reichsversicherungsamt (Entsch. vom 9. Januar 1915, Amtl. Nachr. 1915 S. 445) in dem Sinne geregelt worden, daß das Mitglied auch in die niederste Lohnklasse eintreten kann. Hat aber einmal ein Übertritt stattgefunden, so kann er nicht wieder rückgängig gemacht werden, d. h. der Versicherte kann nicht wieder in eine höhere Klasse zurück (vgl. ArbVers. 1915 S. 864). Von den Versicherten ist das schon als Härte empfunden worden. Um die Frage zu ordnen, hat der Reichstagsabgeordnete Haehnle unterm 3. Jan. 1918 folgende „Kleine Anfrage“ (Nr. 335, Reichstagsdrucksachen Nr. 1232) eingebracht:

„Nach § 313 RVO. kann ein Krankenkassenmitglied, das aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, Mitglied der Kasse bleiben und dabei in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten. Bei Kriegsausbruch haben viele Mitglieder von diesem Recht der Weiterversicherung Gebrauch gemacht und sind zum Teil in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übergetreten. Diese versicherungsberechtigten Mitglieder haben nach der Rechtsprechung nicht die Möglichkeit, wieder in eine ihrem Arbeitsverdienst entsprechende höhere Klasse oder Lohnstufe zu kommen, sofern sie nicht in eine versicherungspflichtige Beschäftigung eintreten. Auch können die nicht versicherungspflichtigen Krankenkassenmitglieder in die nach der Bundesratsverordnung vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085) neu errichteten höheren Klassen oder Lohnstufen nicht übertreten, auch wenn sie nach ihrem Arbeitsverdienst im Falle der Versicherungspflicht dahin gehören. — Gedenkt der Herr Reichskanzler den Härten dieser Regelung mindestens für die Kriegszeit und die Kriegsteilnehmer abzuhelfen?“

Hierauf hat Ministerialdirektor Caspar in der Reichstagssitzung vom 19. Februar 1918 die hier bereits in Heft 8 S. 157 mitgeteilte Erklärung abgegeben, wonach zunächst die Kassenverbände gehört werden.

Die Stellung der Kassenverbände hierzu ist uns noch nicht bekannt; viele Kassen sind aber keine Freunde der Freizügigkeit innerhalb der Lohnstufen und wollten schon den früheren Zustand wieder hergestellt haben, wonach ein Recht des Übertritts in eine andere Klasse oder Stufe schlechthin ausgeschlossen war. Es ist auch nicht zu verkennen, daß schon das jetzt geltende Recht des Übertritts in eine niedere Klasse oder Stufe die Kassen empfindlich beschwert (zu vgl. Olbrich in ArbVers. 1915 S. 605, 1917 S. 461, Cohn in „Ortskrankenkasse“ 1915 Sp. 455, Volkst. Zeitschr. 1917 S. 210). Um so bedenklicher wäre es, nun noch sogar den Rücktritt in die aufgegebene höhere Klasse oder Stufe zuzulassen. Gerade die bestgestellten Mitglieder, die beim Überschreiten der Verdienstgrenze von 2500 M sich freiwillig weiterversichern, würden danach die Möglichkeit erlangen, nicht nur gegen geringste Beiträge sich Leistungen der Kasse überhaupt weiter zu sichern, sondern auch bei erhöhter Krankheitsgefahr, bei zunehmender Schwäche infolge Alters usw. durch Rücktritt in die höhere Stufe sich sogar wieder höhere Bearbeitungen zu verschaffen. Das hieße, Willkür an die Stelle des Rechts setzen. (Zu vgl. auch „Betriebskrankenkasse“ 1918 S. 35.)

Zur Übersicht der bestehenden Kassenvereinigungen und Kassenverbände.

Die im Heft 6 S. 112 ff. gegebene Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, namentlich nicht hinsichtlich der nach §§ 406 ff. RVO. gebildeten Verbände, wie sich das aus den Eingangsworten zu B S. 115 ergibt. Es ist aber lediglich ein Versehen, daß unter den Vereinigungen im Sinne des § 414 RVO. eine so wichtige wie der Württembergische Krankenkassenverband (Sitz Stuttgart) ausgelassen ist. Er besteht schon seit 1888 und umfaßt 150 Orts-, Betriebs-, Innungs- und Knappschaftskrankenkassen mit rund 500 000 Mitgliedern. Er verfolgt auf Grund des § 414 Satz 2 RVO. die im § 407 Ziff. 1 bis 3 bezeichneten Zwecke und darüber hinaus die Wahrnehmung mannigfaltiger gemeinsamer Interessen für die Verbandskassen (Statistik, Beratung, Rezeptrevision, Prüfung von Arzt- und Apothekerrechnungen u. a. m.).

Der Krankenkassenverband Aachen teilt uns mit, daß er, als ein Verband im Sinne des § 406, alle nach dieser Vorschrift zulässigen Zwecke verfolgt und die dauernde Überwachung der ärztlichen Verschreibeweise und der Arzneirechnungen besorgt.

Er umfaßt 14 Orts-, 7 Betriebs-, 3 Innungskrankenkassen und 1 Landkrankenkasse. Zur Zeit errichtet er ein zahnärztliches Institut, ein Ambulatorium für Lichtbehandlung und ein optisches Institut.

Die Zulagen zu den Verletztenrenten aus der Unfallversicherung.

Die mitgeteilte Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 17. 1. 18 (ArbVers. Heft 4 S. 70; Ausf. Best. im Heft 5 S. 95) schafft dadurch, daß sie zur Aufbringung der erforderlichen Mittel die Genossenschaften verpflichtet, für diese eine ähnliche Lage, wie sie für die Landesversicherungsanstalten durch die Bekanntmachung v. 3. 1. 18 und die zugehörigen Ausführungsbestimmungen (Heft 3 S. 52, 53 geschaffen und von ihnen in der Versammlung zu Leipzig am 19. 1. 18 zum Gegenstand eingehender Erörterungen gemacht worden ist. Die Landesversicherungsanstalten hatten daher zu ihrer Versammlung auch den Verband der deutschen Berufsgenossenschaften eingeladen. Über die Rechtslage der Berufsgenossenschaften und über ihre Auffassung der in Betracht kommenden Fragen berichtete in der Versammlung Gerichtsassessor Dr. Ostern, Geschäftsführer der Nordwestlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft, im Anschluß an den Vortrag des Geheimen Oberregierungsrats Düttmann (ArbVers. Heft 5 S. 81 ff.) — damals noch in Unkenntnis des Inhalts und Wortlauts der die Berufsgenossenschaften betreffenden Verordnung. In der grundsätzlichen Stellungnahme war Dr. Ostern im wesentlichen mit Düttmann einig, wenngleich unter Erwähnung gewisser Unterschiede zwischen der Lage der Berufsgenossenschaften und derjenigen der Versicherungsanstalten. Er gelangte in eingehender Darlegung zu dem Ergebnis, daß auch für die Unfallrenten ein Bedürfnis nach Unterstützung anzuerkennen sei, jedoch nicht in allen Fällen selbst höhere Erwerbsbeschränkung und nicht in dem Maße wie bei den Renten der Invalidenversicherung. Dann ging er zu der Erörterung der Frage über, was als Beihilfe und wie und von wem sie zu gewähren sei, um schließlich in der Frage der Kostentragung sein volles Einverständnis mit den Ausführungen Düttmanns zu bekunden. Aus dem Vortrag über diesen Punkt teilen wir — aus der „Berufsgenossenschaft" — auszugsweise folgendes mit:

Das Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem Rentenempfänger sei ein abgeschlossener Tatbestand, an dem zu rütteln nicht angehe. Weder rechtlich, noch moralisch habe der Unfall oder die Invalidität etwas zu tun mit dem Bedürfnis nach Unterstützung, das jetzt durch die Kriegsteuerung hervorgerufen ist. Im Interesse des allgemeinen Durchhaltens solle die Unterstützung gewährt werden; es handele sich im Grunde um Kriegsschädigungen oder Kriegserfordernisse, die auf keinen Fall die Versicherungsträger tragen können. Die richtigste Regelung auch bezüglich der Kostentragung scheine in dem Rundschreiben der Reichsregierung vom Mai 1917 enthalten: Gewährung der Beihilfe durch gemeindliche Kriegswohlfahrtspflege, wozu nach den auch sonst geltenden Grundsätzen das Reich und der Einzelstaat den Gemeinden Zuschüsse gewährt. Nachdem dieser Weg aber einmal verlassen sei, bleibe nichts übrig, als daß das Reich die Kosten selber voll trage, eine Belastung der Berufsgenossenschaften mit den Kosten wäre ein Verstoß gegen jede Gerechtigkeit.

Dieses grundsätzliche Ergebnis werde auch durch die praktische Erwägung unterstützt, ob man den Berufsgenossenschaften überhaupt die Tragung der Kosten finanziell zumuten könne; denn ultra posse nemo obligatur. Daher frage sich zunächst, wie hoch sich die Kosten der Rentenzuschläge belaufen werden. Die Regierung rechne mit ungefähr 15 Millionen Mark in 3 Jahren. Ob das nicht doch zu niedrig sei, bleibe dahingestellt. Sollte man abweichend von dem im Dezember bekanntgegebenen Plan auch die Witwen und Waisen für den Zuschlag mit heranziehen, so sei etwa mit einer Verdreifachung des Betrages zu rechnen. Eine Zulage in Prozenten, wie der Reichstag verlangte, würde ebenfalls ein Mehrfaches dessen erfordern, was für den Regierungsvorschlag von 8 ℳ monatlich nötig sei. Würden die Zuschläge zu Lasten der Versicherungsträger einmal eingeführt — wenn auch nur als vorübergehende —, so würden sie kaum jemals wieder wegfallen.

Jedenfalls handele es sich für die Berufsgenossenschaften zwar nicht um die Riesensumme der Invalidenversicherung, aber doch um ganz beträchtliche Aufwendungen, und die Berufsgenossenschaften seien zum Teil durch den Krieg schwer getroffen, so daß es im äußersten Maße unbillig und unzweckmäßig wäre, ihnen noch neue Lasten aufzuerlegen. Wohl seien die Berufsgenossenschaften der Rüstungsindustrie im weitesten Sinne während des Krieges verhältnismäßig günstig gestellt; die Berufsgenossenschaften der Metallindustrie z. B. hätten ihre Lohnsumme von 2,8 Milliarden Mark auf 3,2 Milliarden Mark erhöht, also um rund 13 v. H. Allerdings ist ihre Umlage noch mehr, um rund 17 v. H., gestiegen, die durchschnittliche Belastung auf 1000 ℳ Lohn habe sich also etwas ungünstiger gestaltet. Auch die chemische Industrie habe eine Zunahme der Lohnsumme erfahren (8 v. H.), ebenfalls aber eine noch größere Zunahme der Umlage (über 20 v. H). Der Bergbau zeige nur eine bescheidene Abnahme der Lohnsumme, dabei ebenfalls eine Zunahme der Umlage. Daß diese Berufsgenossenschaften zur Zeit schließlich eine gewisse Erhöhung der Last tragen können, sei nicht zu bestreiten. Aber nur zur Zeit. Mehr als je sei die Zukunft ungewiß. Jetzt schon auf sie Wechsel zu ziehen, wäre Spekulantenart. Man wisse für die Zukunft auch bezüglich der Berufsgenossenschaften der Rüstungsindustrie einstweilen nur zweierlei:

1. mit Gewißheit, daß die hohen Renten, die aus den Unfällen während der Kriegszeit stammen, bleiben und eine ziemlich hohe Belastung der Zukunft bilden,
2. mit Wahrscheinlichkeit, daß die Lohnsummen zurückgehen werden, wenn die Arbeitskräfte, die jetzt künstlich in der Rüstungsindustrie angestaut sind, wiederum auch den anderen Berufen zufließen und wenn mit einem gewissen Rückgang der Teuerung auch der für unsere Weltwettbewerbsfähigkeit notwendige Rückgang des Arbeitslohns eintritt.

Hieraus ergebe sich von selbst, daß die Umlagebelastung auf 1000 ℳ Lohn künftig erheblich steigen werde und dabei handele es sich doch um diejenigen Berufsgenossenschaften, die von allen finanziell am stärksten dastehen, bei den übrigen habe der Krieg weit schlimmere Einwirkungen geübt. Bei ihnen allen zusammen sei die Lohnsumme von 6,9 Milliarden in 1913 auf 4,3 Milliarden in 1916 zurückgegangen, also um rund 37 v. H., während die Umlage nur um 12 v. H. fiel. Im einzelnen seien von den 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften 28 um über 40 v. H. mit ihrer Lohnsumme zurückgegangen; bei der See-Berufsgenossenschaft steigere sich der Prozentsatz bis über 70 v. H. Ähnliche Fälle finden Sie

auch im Baugewerbe usw. Dabei sei die Zahl der Betriebe in manchen Gewerbszweigen erheblich zurückgegangen und damit die Zahl derjenigen, auf die sich die gemeinsame Last verteilt, so daß auch hierdurch die Belastung der übrig gebliebenen gewachsen sei. Das gelte namentlich für die Berufsgenossenschaften des Handwerks und der Kleinindustrie, also für den kleinen Mittelstand, der unter dem Kriege mehr als die Arbeiter und mehr als die Industrie gelitten habe und dessen Schonung und Wiederherstellung für die Zukunft zweifellos ganz besonders zu den Aufgaben unserer Politik zählen müsse. Bei der Fleischerei-Berufsgenossenschaft seien z. B. die Betriebe von über 70 000 auf rund 50 000 zurückgegangen.

Bei der Hannoverschen Baugewerks-Berufsgenossenschaft sei die Belastung, wenn man sie für 1913 mit 1 ansetzt, für 1916 auf 1,95 gestiegen und werde für 1917 auf über das Doppelte steigen.

Bei den Verhandlungen über die Reichsversicherungsordnung sei seinerzeit erklärt worden, daß eine jährliche Belastung von 20 ℳ für die versicherte Person die Grenze des Erträglichen sei, jetzt würden bei manchen Berufsgenossenschaften aber schon 40 ℳ ja 50 ℳ für 1000 ℳ Lohn gezahlt und wenn man bedenke, daß für die versicherte Person jetzt mehr als 1000 ℳ Lohn jährlich zu rechnen sind, so gebe das ein Bild davon, was manche notleidende Berufsgenossenschaft im Kriege von ihren Mitgliedern verlangen müsse.

Die Rücklagen seien mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts von vielen Berufsgenossenschaften zur Erleichterung der Umlage mit hohen Beträgen in Anspruch genommen worden, so habe z. B. die See-Berufsgenossenschaft aus ihrer Rücklage von zusammen rund 4 Millionen Mark in den drei Kriegsjahren 1914 bis 1916 zusammen etwa 1,3 Millionen Mark entnommen und müsse für 1917 nochmals mindestens eine halbe Million daraus entnehmen.

Jedenfalls seien diese Zahlen, die sich beliebig vermehren ließen, so ernst, daß man sich scheuen würde, sie in öffentlicher Versammlung der allgemeinen Kenntnis, auch unserer Feinde, preiszugeben, wenn diese nicht ohnehin wüßten, daß unsere Gewerbstätigkeit durch den Krieg stark gelitten hat, und wenn sie nicht diese Zahlen ja jederzeit in den amtlichen Veröffentlichungen finden könnten. Es sei zu hoffen, daß diese ernsten Zahlen die Regierung überzeugen werden, daß die Tragung der Rentenzuschläge von den Berufsgenossenschaften nicht verlangt werden sollte.

Wenn die Regierung sich dieser Einsicht verschließen sollte, so werde sich der Reichstag ihr sicherlich nicht verschließen und von seinem Rechte Gebrauch machen, eine Bundesratsverordnung auf Grund des Ermächtigungsgesetzes wieder aufzuheben. Denn die richtige Einsicht, daß man die Versicherungsträger mit diesen Kosten nicht belasten dürfe, habe der Reichstag ja stets bekundet, sowohl in den Resolutionen Bassermann mit Zusatz Spahn, wie in dem Antrag Giesberts, der ausdrücklich die Zahlung der Kriegsrentenzuschläge aus Mitteln der Kriegsfonds verlangte.

Der Reichstag habe auch, ganz abgesehen von dem rein sachlichen Interesse, alle Ursache, in dieser Frage der Regierung gegenüber sein eigenes Ansehen zu wahren. Denn in der parlamentarischen Geschichte, namentlich während des Krieges, sei es das erste Mal, daß die Regierung eine Angelegenheit, die an sich der Zuständigkeit beider gesetzgebender Faktoren zusammen unterliege, durch den Bundesrat allein regele, und zwar formal fußend auf einem höchst unsicheren Rechtsboden und sachlich in vollkommenem Widerspruch zu dem wiederholt und einstimmig ausgesprochenen grundsätzlichen Willen des Reichstags.

Auf Grund dieser Darlegungen gelangte Dr. Ostern zu dem Schlusse, auch vom Standpunkte der gewerblichen Berufsgenossenschaften die Entschließung zu empfehlen, über deren einstimmige Annahme hier im Heft 5 S. 88 (Anm.) berichtet worden ist.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Müssen die Kassen die Satzungen auf Grund der Bek. v. 22. 11. 17 ändern?

1. Nach Schwerin. Antwort: Der § 1 der Bekanntmachung v. 22. 11. 17 enthält für die Kriegszeit eine Änderung des § 180 Abs. 1 RVO. und ist daher, wie dieser, eine zwingende Vorschrift. Solche zwingende Vorschriften gelten an sich zwar auch ohne Aufnahme in die Satzung (Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 52 S. 211; Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1a zu § 324 RVO.); gleichwohl aber hat die Kasse ihre Satzung durch Änderung mit dem neuen Recht in Einklang zu bringen (zu vgl. § 326 Abs. 3 RVO.), und das Oberversicherungsamt ist daher im Recht, wenn es die Kasse dazu anhalten will. Das ist auch offenbar die Auffassung, von der der Bundesrat bei seinen Verordnungen ausgeht, da er in einzelnen Fällen solchen Eingreifens in das Recht der Reichsversicherungsordnung ausdrücklich ausspricht, daß es einer Satzungsänderung auf Grund der neuen Vorschriften nicht bedarf (vgl. z. B. § 6 der Bek. v. 3. 12. 14 (ArbVers. 1914 S. 833), woraus zu entnehmen ist, daß an sich in Fällen dieser Art eine Anpassung der Satzung an das neue Recht geboten ist.

Diese Auskunft war, als wir sie erteilten, richtig. **Inzwischen ist aber durch eine neue Bekanntmachung vom 17. 3. 18 (§ 1), die wir nächstens bringen werden, die Änderung der Satzung für entbehrlich erklärt worden.**

Umfaßt der Anspruch auf Regelleistungen im Sinne des § 169 RVO. auch einen Anspruch nach § 214 RVO.?

2. Nach Berlin. Antwort: Was Sie gegen unsere, die Frage verneinende Auskunft im Heft 8 S. 160 Ziff. 10 vorbringen, mag für den Gesetzgeber erwägenswert sein; nach dem geltenden Gesetze, wie es insbesondere nach seiner Entstehungsgeschichte verstanden werden muß, halten wir Ihr Vorbringen nicht für durchgreifend. In dieser Hinsicht ist noch folgendes zu beachten: Der § 169 RVO. ist aus § 3 KrVersGes. hervorgegangen, der u. a. die in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Staates oder Kommunalverbandes beschäftigten Personen von der Versicherungspflicht ausnahm, wenn sie dem Reiche, Staat oder Krankenverbande gegenüber in Krankheitsfällen Anspruch auf Fortzahlung des Gehalts oder des Lohnes „oder auf eine den Bestimmungen des § 6 entsprechende Unterstützung" usw. hatten. Der hier angezogene § 6 KrVersGes. betrifft aber nur die Mindestleistungen in einem bei bestehender Versicherung eintretenden Unterstützungsfalle. Ein Anspruch auf Leistungen in einem nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintretenden Unterstützungsfalle, wie ihn der dem § 214 RVO. entsprechende § 28 KrVersGes. vorsah, brauchte also nach § 3 KrVersGes. nicht gewährleistet zu sein. Hieran hat man durch die Fassung des § 169 nichts ändern wollen. Die Begründung (S. 150) bemerkt: „Die Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen macht eine andere Abgrenzung auch für diejenigen Personengruppen nötig, welche an sich unter den § 177 (des Entwurfs, jetzt § 165 des Ges.) fallen würden, aus besonderen Gründen aber frei bleiben sollen. Die Ausnahmen der §§ 183 und 184 (des Entw., jetzt §§ 169, 170, 171 des Ges.) beruhen darauf, daß für die Betreffenden im Krankheitsfalle schon anderweit ausreichend gesorgt ist. . . ." Daran also, daß dem Beschäftigten Ansprüche nur in Versicherungsfällen, die bei bestehender Mitgliedschaft eintreten, nicht auch Ansprüche nach § 28 KrVersGes. (§ 214 RVO.) gegeben zu sein brauchten, hat man ersichtlich nichts ändern wollen. Man hat die Leistungen an Krankenhilfe, wie sie sich aus §§ 182, 183 RVO. (§ 6 KrVersGes.) ergeben, für eine im Sinne des § 169 „ausreichende" Versorgung angesehen, obwohl sie tatsächlich hinter den Regelleistungen, auf welche die Versicherten Anspruch haben, in verschiedenen Richtungen zurückbleiben, insofern sie z. B. auch Wochenhilfe und Sterbegeld nicht umfassen. — Allerdings ist darauf hinzuweisen, daß in dem im Hinblick auf § 169 RVO. ergangenen Beschlusse des Kgl. preuß. Staatsministeriums vom 16. 12. 13 und in den hierauf von den einzelnen Ministern erlassenen Bestimmungen zur Ausführung des § 169 im Bereich ihrer Verwaltungen (vgl. ArbVers. 1914 S. 87; Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2a zu § 169) die zu gewährleistenden Regelleistungen auch durch Anführung des § 214 RVO. neben den §§ 179, 182, 183 gekennzeichnet sind. Daraus folgt aber nur, daß man im Bereiche jener Verwaltungen den Beschäftigten einen Anspruch nach § 214 tatsächlich gewährleistet, nicht auch, daß man ihn gewährleisten muß, um die Versicherungsfreiheit nach § 169 zu erwirken. Diese Frage ist ausschließlich nach dem Gesetze selbst zu prüfen und, wie ausgeführt, zu verneinen. Jener Staatsministerialbeschluß kann selbstverständlich nicht die Bedeutung einer maßgebenden Auslegung des § 169 beanspruchen.

Bedeutung der Erhöhung der oberen Grenze des Grundlohnes für freiwillige Mitglieder.

3. Nach Tarnowitz. Antwort: Der nach § 180 RVO. und § 1 Bekanntm. vom 22. November 1917 (ArbVers. 1917 S. 817) festzusetzende Grundlohn hat auf die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung keinen Einfluß. Hierfür bilden, nach wie vor, ein Jahresarbeitsverdienst oder Gesamteinkommen von 2500 *M* (§ 165 Abs. 2 und § 176 RVO.) und ein Gesamteinkommen von 4000 *M* (§ 178 RVO.) die Grenzen. Der Grundlohn ist vielmehr maßgebend nur für die baren Leistungen der Kasse (§ 180 RVO.) und für die Kassenbeiträge (§ 385 RVO.). Soweit nun gemäß § 1 Bekanntm. v. 22. Nov. 1917 der Grundlohn sich geändert hat, haben sich auch Leistungen und Beiträge geändert. Hierbei wird aber ein Unterschied zwischen Versicherungspflichtigen und freiwillig Beitretenden grundsätzlich nicht gemacht; nur soweit sich für die letzteren ein Grundlohn nicht ermitteln läßt, hat ihn die Satzung festzusetzen. (Vgl. Hahn, Handb. d. Kr.-Vers. Anm. 7 zu § 180.) Für freiwillig Weiterversicherte gilt allerdings nicht § 180, sondern § 313 Abs. 1 RVO. Sie bleiben danach Mitglied derjenigen Klasse oder Lohnstufe, der sie zuletzt als Pflichtmitglied angehört haben, können aber in eine niedrigere übertreten. Nun werden sich freilich nach der Bekanntmachung vom 22. Nov. 1917 Klassen und Lohnstufen entsprechend den neu festgesetzten Grundlöhnen ändern, und entsprechend werden auch die freiwillig Weiterversicherten einer anderen zugeteilt werden müssen, und zwar derjenigen, der nunmehr die Versicherungspflichtigen mit dem gleichen Tagesentgelt oder Arbeitsverdienst angehören, den der Weiterversicherte zuletzt als Pflichtmitglied hatte.

Kein Anspruch aus § 193 Abs. 3 RVO. bei Krankenpflege durch die Heeresverwaltung.

4. Nach Marktredwitz. Antwort: An unserer Auskunft in ArbVers. 1917 S. 168 Ziff. 8 ist nichts zu ändern. Sie gilt für alle freiwillig Weiterversicherten, also auch für Verwundete oder andere Kranke, die außerhalb des Bezirks der Kasse oder des Versicherungsamts in einem Militärlazarett verpflegt werden, also die Krankenpflege von der Militärverwaltung erhalten. Sie können daher nicht auch noch die Krankenpflege der Kasse beanspruchen und folglich auch nicht statt dieser Sachleistung die in der Satzung vorgesehene Geldabfindung fordern; in Fällen der bezeichneten Art den Angehörigen zukommen zu lassen, läßt sich nicht rechtfertigen.

Behandlung von Ersatzleistungen im Rechnungsabschluß der Krankenkassen.

5. Nach Meißen. Antwort: Im Rechnungsabschluß selbst sind, wie sich aus der Anm. 1 zum Muster 1 ergibt, nur die Reineinnahmen und Reinausgaben nach Abzug der Erstattungen zu verzeichnen. Im Gegensatz hierzu sind, wie in den Bemerkungen des Kaiserl. Statistischen Amtes, Arb.-Vers. 1916 S. 546 ff., ausdrücklich hervorgehoben ist, die im Rechnungsabschluß bereits verrechneten Ersatzleistungen außerdem am Schlusse des Rechnungsabschlusses nochmals in einer Zergliederung nach den Versicherungsträgern zusammengestellt worden; und zwar sind hierbei die Zahlungen an fremde Kassen (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten) als Ausgabe, die Ersatzleistungen der fremden Kassen als Einnahme aufzuführen. Im

Verhältnis zur Versicherungsanstalt ist also alles, was die Krankenkasse von dieser erstattet erhält (§ 1519 RVO.) in Einnahme und alles, was sie der Versicherungsanstalt erstattet (§ 1518), in Ausgabe zu stellen. Hat die Kasse aus Anlaß eines Versicherungsfalls einerseits einen Erstattungsanspruch an die Versicherungsanstalt und anderseits eine Erstattungspflicht und wird im Wege der Abrechnung nur der Unterschied beglichen, so ist nicht etwa nur dieser Unterschied als Einnahme oder Ausgabe, sondern der volle Erstattungsanspruch als Einnahme und der volle zu erstattende Betrag als Ausgabe zu verzeichnen.

Verwahrung der einzelnen Kassen gegen übermäßige Kosten der gemeinsamen Meldestellen (§ 319 RVO.).

6. Nach K. Antwort: Die Kosten der vom Versicherungsamt errichteten gemeinsamen Meldestellen werden nach § 319 Abs. 2 RVO. auf die beteiligten Kassen umgelegt. Das geschieht, indem das Versicherungsamt die tatsächlich entstandenen Kosten feststellt und verteilt, „selbstverständlich mit der Beschränkung, daß sie notwendig waren und sachgemäß aufgewendet worden sind, worüber im Streitfall das Versicherungsamt zu befinden hat" (Entsch. des RVA. 2379 Amtl. Nachr. 1917 S. 564, ArbVers. 1917 S. 717). Gegen die Festsetzung des von den einzelnen Kassen zu erstattenden Betrages steht einer jeden Beschwerde an das Oberversicherungsamt und weitere Beschwerde an das Reichs- (Landes-) Versicherungsamt zu (a. a. O.; auch Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2 zu § 319). Wenn das Versicherungsamt nun die Vergütung für die Meldestellenverwalter in einem nach der Auffassung der Kasse nicht gerechtfertigten Maße erhöht, so kann die Kasse gegen diese Maßnahme nicht schon eine eigentliche Beschwerde erheben, sondern diese ist erst gegeben, wenn das Versicherungsamt die vermeintlich übermäßigen Aufwendungen bei der Umlegung der Kosten auf die einzelnen Kassen zugrunde legt. Immerhin kann die Kasse ihren Widerspruch gegen die Erhöhung der Vergütung schon jetzt zur Kenntnis des Versicherungsamts bringen und sich gegen die Erstattungspflicht insoweit verwahren. Wird sie dennoch im vollen Umfange zur Erstattung herangezogen und erhebt sie hiergegen mit Erfolg Beschwerde, so würden die über das gerechtfertigte Maß hinaus an die Meldestellenverwalter gezahlten Beträge dem Versicherungsamte zur Last bleiben.

Wahl des Vorsitzenden des Kassenvorstandes während des Krieges.

7. Nach Bretten. Antwort: Die Bundesratsverordnungen über Wahlen zur Reichsversicherungsordnung vom 12. August 1915, vom 18. April 1916 und vom 11. Januar 1917 (ArbVers. 1915 S. 586, 1916 S. 319, 1917 S. 82) betreffen offenbar nur die Wahlen der Vertreter zu den Versicherungsbehörden und den Versicherungsträgern selbst, nicht aber die Wahlen, die innerhalb der Organe von den gewählten Vertretern vorgenommen werden. An den Vertreterwahlen nehmen die Arbeitgeber und die Versicherten teil. Von ihnen ist eine große Anzahl an der Teilnahme verhindert, weil sie zum Heeresdienst eingezogen sind. Diese Wahlen erfordern umständliche Veranstaltungen, veranlassen Bewegungen und Kämpfe unter den Arbeitgeber- und Arbeiterverbänden, alles Maßnahmen, die zur Zeit des Krieges möglichst vermieden werden sollen. Aus diesen Gründen hat man die allgemeinen Wahlen bis nach dem Kriege verschoben. Wesentlich einfacher vollziehen sich die Wahlen innerhalb der Versicherungsträger selbst, so daß hier kein Anlaß vorliegt, sie jetzt fortfallen zu lassen. Darum ist der Vorsitzende des Ortskrankenkassenvorstandes jetzt, wie im Frieden, von den Vorstandsmitgliedern gemäß der Satzung zu wählen. Seine Amtsdauer ist durch jene Bundesratsverordnungen nicht verlängert worden.

Dem Kriegsdienst „ähnliche Dienste". — Zur Arbeit kommandierte oder beurlaubte Soldaten.

8. Nach Velbert. Antwort: a) Wir nehmen im allgemeinen nicht an, daß ein Bureaubeamter der Zivilverwaltung des Generalgouvernements Warschau dem Kriegsdienst „ähnliche Dienste" im Sinne der Vorschriften über die Kriegswochenhilfe leistet. Mit Weymann (MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. 1915 Sp. 240) nehmen wir an, daß an solche Dienste gedacht ist, „die ihr Gepräge von einer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung oder von dem Gedanken der nationalen Hingabe an die große Sache dieses Krieges empfangen". Dieses Gepräge trägt die Beschäftigung bei einer Zivilverwaltung auch im besetzten Feindeslande jedenfalls dann nicht, wenn sie freiwillig übernommen ist gegen eine Vergütung von monatlich 472,50 ℳ, wovon 312,50 ℳ als Dienstaufwandsentschädigung, der Rest von 160 ℳ als Einkommen zur Bestreitung des Lebensunterhalts der Familie angesehen wird. Der vorliegende Fall läßt aber möglicherweise eine andere Beurteilung zu. Denn es handelt sich nach Ihren Angaben um einen zunächst zum Heeresdienst eingezogenen, später aber als nur garnisondienstfähig zu jener Verwaltung „versetzten" Ersatzreservisten. Es scheint hiernach, daß der Reservist zum Dienst bei der Verwaltung „kommandiert" ist. Dann wäre er dort auf Befehl, also auf Grund einer öffentlich-rechtlichen Pflicht an Stelle eigentlicher Kriegsdienste die Beschäftigung angetreten und wäre einem Kriegsteilnehmer gleichzustellen (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 786 Ziff. 9).

b) Die zu einer kriegswichtigen Arbeit im Inlande Kommandierten leisten zunächst zwar dem privaten Arbeitgeber (Krupp), mittelbar aber auch dem Reiche Dienste, welche aus entsprechenden Erwägungen (wie zu a) als dem Kriegsdienst „ähnliche" anzusehen sind, während die zu solcher Arbeit Beurlaubten, die Dienste nicht auf Grund öffentlich-rechtlicher Pflicht, sondern aus freier Entschließung übernehmen und daher nicht den Kriegsteilnehmern gleichzustellen sind.

c) Auch für die Frage der Versicherungspflicht kommt die Unterscheidung in entsprechender Weise in Betracht: die Kommandierten sind versicherungsfrei, die Beurlaubten dagegen versicherungspflichtig (Entsch. des RVA. 2937, Amtl. Nachr. 1917 S. 245, Arb.-Vers. 1917 S. 323). Über die Feststellung im Falle eines Zweifels, ob der eine oder der andere Fall vorliegt, vgl. Bescheid des preuß. Kriegsmin. in Arb.-Vers. 1918 Heft 5 S. 92. Daß den zur Arbeit Beurlaubten mitunter der Betrieb, in dem sie die Arbeit anzutreten haben, angewiesen wird, ist ohne Belang; entscheidend ist, daß sie mit ihrem Willen auf Arbeitsurlaub gehen.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1205 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | **11. April 1918** | **Heft 11**

Die Teuerungszulagen der Unfallrentner.

Von Dr. jur. Arthur Fischer, Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie Sektion II in Breslau.

Ähnlich den Zuschlägen bei Invalidenrenten (Bek. v. 3. 1. 18, ArbVers. Heft 3 S. 52, vgl. auch Heft 4 S. 74) hat nun die Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 (RGBl. S. 31, ArbVers. Heft 4 S. 70) auch den Unfallverletzten eine Erhöhung ihrer Rente gebracht. Die Bestrebungen dazu waren bekanntlich schon längere Zeit im Gange. Infolge des ständig fallenden Wertes des Geldes hat eine Rente in späterer Zeit nicht mehr den Wert wie zur Zeit ihrer Feststellung. Der Niederschlag dieser Erfahrung findet sich in der Gesetzgebung ausgedrückt durch die Heraufsetzung des anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienstes, zuletzt noch mit der RVO. von 1500 auf 1800 *M*. Dennoch blieben die Rentenempfänger früherer Zeit bei gleich hohem Prozentsatz an Einbuße schlechter gestellt als die neueren, weil sich eine billige Ausgleichsmöglichkeit im Gesetz nicht finden ließ. Dazu kam dann noch der wachsende Druck der Kriegsnot. Deshalb hatte die Generalkommission der Gewerkschaften an die gesetzgebenden Körperschaften des Reiches eine Eingabe gerichtet, in der sich unter anderen folgender Vorschlag findet: Die auf Grund der RVO. oder der früheren Gesetze über die Unfallversicherung gezahlten Renten umzurechnen nach einem Jahresverdienst, der sich nach den am 31. Dezember 1916 geltenden Ortslohnsätzen (§§ 570, 934, 935, 1077 RVO.), dem Jahresverdienste für Land- und Forstarbeiter (§ 936) oder dem Durchschnittsatze für Seeleute (§ 1067) ergibt, falls ihrer Berechnung ein geringerer Jahresarbeitsverdienst zugrunde liegt. — Dieser von der sozialdemokratischen Partei im Reichstage aufgenommene Antrag wurde abgelehnt. Zu vgl. ArbVers. 1917 S. 354.

Der Hauptausschuß des Reichstages beschloß aber am 1. Oktober 1917, allen Rentenempfängern, die durch Unfall mindestens die Hälfte ihrer Erwerbsfähigkeit eingebüßt haben, einen Zuschuß aus dem Kriegswohlfahrtsfonds für die Jahre 1917 und 1918 zu gewähren, der bei Renten von 50 bis 75 v. H. 20 v. H. und bei höheren Renten 33⅓ v. H. betragen sollte. Ebenso war für die Hinterbliebenen- und Aszendentenrenten ein Zuschlag von 33⅓ v. H. vorgesehen. Daß diese prozentualen Zuschläge nur wenig geeignet gewesen wären, einen gerechten Ausgleich zwischen den seitherigen Renten und den gestiegenen Kosten der Lebenshaltung zu schaffen, weist Hoffmann in ArbVers. 1918 Heft 2 S. 35 ff. nach.

Was bringt nun die Bundesratsverordnung? — Ihr § 1 bestimmt:

„Verletzten, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente beziehen, wird für die Zeit bis zum 31. Dezember 1918 auf Antrag eine monatliche, im voraus zahlbare Zulage von 8 *M* zu ihrer Rente gewährt, sofern die Verletzten sich im Inland aufhalten, und nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird."

Mit dem Bedingungssatz („sofern") ist der dehnbare Begriff der „Bedürftigkeit" zu erneuter Gesetzesmacht gelangt. Die vielfachen Ermittlungen und Rückfragen, die erforderlich sind, um die Bedürftigkeit festzustellen, die beträchtliche Zeit, die dadurch verloren geht, die Unzufriedenheit, die durch deren Verneinung noch mehr bestärkt wird, die Tatsache, daß jeder Rentenempfänger gegenüber der Zulagemöglichkeit sich bedürftig fühlt, und die Erfahrung, daß kaum je ein Amtsvorstand die Frage, ob Bedürftigkeit vorliegt, verneint, hätten es für den Praktiker richtiger erscheinen lassen, von diesem Charakteristikum abzusehen. Ist doch der Standpunkt des höchsten Gerichtshofes selbst noch nicht so präzise festgelegt, daß eine unbedingt sichere Umgrenzung schon geschaffen wäre. Man denke nur daran, daß noch in letzter Zeit widersprechende Entscheidungen ergingen, ob Wehrunterstützung bei der Frage der Bedürftigkeit in Ansatz zu bringen sei oder nicht. Und es ist ja auch ganz ausgeschlossen, eine für alle Fälle gültige Formel zu finden, wo nach Billigkeit von Fall zu Fall unter besonderer Berücksichtigung der vorliegenden Verhältnisse geurteilt werden soll! Wollte man dadurch große Ungerechtigkeiten verhindern und nur solchen Rentnern die Zulage gewähren, für die sie wirklich einen wirtschaftlichen Wert darstellt, so hätte man wohl ebenso gut eine bestimmte Höchsteinkommengrenze ziehen können. Ähnlich wie ja auch die Kommunalverwaltung bestimmte Sorten von Lebensmitteln nur an solche Einwohner abgibt, die sich durch den Steuerzettel als berechtigt ausweisen.

Hart erscheint es ferner, daß der Junggeselle den gleichen Zuschlag erhält wie das Haupt einer vielköpfigen Familie. Überall, wo Teuerungszulagen gewährt werden, stuft man sie ab in a) für Unverheiratete, b) für kinderlose Verheiratete, c) für Verheiratete mit Kindern. Es hätte keine besonderen Schwierigkeiten gemacht, hier ebenso zu verfahren. Es wäre sogar entschieden leichter gewesen, statt die Bedürftigkeit prüfen zu müssen, die schneller mögliche Klarlegung der Familienverhältnisse zu treffen. Die Zulagen hätten dann, wenn man bei fixierten Summen bleiben will, vielleicht betragen können: a) für Unverheiratete: monatlich 5 *M*, b) für kinderlose Verheiratete: 6 *M*, c) für Verheiratete mit Kindern: 6 *M* plus je 1 *M* für jedes Kind unter 15 Jahren. Die §§ 591 ff. RVO. müßten dabei für weibliche Rentenempfängerinnen entsprechende Anwendung finden. Demnach würde dann auch die Unverheiratete mit Kind 5 *M* plus je 1 *M* pro Kind, die Verheiratete 6 *M* plus je 1 *M* erhalten. Diese Berücksichtigung auch der unehelichen Kinder ist eine soziale Notwendigkeit bei dem enormen Menschenverlust durch den Krieg. Damit wäre von vornherein größere Zufriedenheit geschaffen worden und viel nutzlose Arbeit und Verärgerung erspart geblieben.

Endlich soll noch die Frage erörtert werden, wie bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen die Bestimmung „Verletzte, die eine Rente von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente beziehen" aufzufassen ist. Müssen die 66⅔ v. H. Rente wegen der Folgen eines Unfalles gegeben worden sein? Ist also zu lesen: „eine" Rente? Das hieße dem Texte Gewalt antun. Zwei Drittel der Vollrente bezieht auch der Verletzte, der die Einbuße nach und nach durch mehrere Unfälle erlitten hat. ⅔ ist also nur der Mindestmaßstab des Gesamtbezuges an Rente. Damit ist dann die Möglichkeit der Prozentaddition gegeben. Wer aus einem Unfall 20 v. H., aus einem anderen 33⅓ v. H. und aus einem dritten 15 v. H. Rente bezieht, hat Anspruch auf die Zulage, weil er insgesamt 68⅓ v. H. Rente erhält, obwohl jeder Unfall für sich allein nicht ausreicht, um den Anspruch zu begründen. Meist wird sich wohl schon in dem verschieden hohen Jahresverdienst die von Unfall zu Unfall geringer gewordene Erwerbsfähigkeit ausdrücken. Aber der Text der Verordnung verlangt eben nicht ⅔ „Einbuße an Erwerbsfähigkeit", sondern nur ⅔ der Vollrente. Ich fasse „eine Rente von ⅔ der Vollrente"

also nur als eine Zahlenangabe ebenso auf, wie wenn dort einfach stände „66⅔ oder mehr v. H. Rente“. Bestärkt werde ich in dieser Ansicht durch die andere Fassung gegenüber dem Beschluß des Hauptausschusses. Denn dieser spricht eben klar von einer „Einbuße in Höhe von mindestens der Hälfte der Erwerbsfähigkeit“. Wer also ein Auge verloren hat (33⅓ v. H.), den linken Zeigefinger (15 v. H.) und den rechten Zeigefinger (20 v. H.), erhält „mehr als ⅔ der Vollrente“ und hat Anspruch auf die Zulage, obwohl er sicherlich nicht in einer Höhe von ⅔ seiner für den allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommenden Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist. Und es wäre doch auch schwer zu verstehen, daß ein Verletzter, der für den Verlust der rechten Hand als 15 jähriger Junge 60 v. H. aus einem ganz minimalen Verdienst bezieht und dann später, als er sich durch Energie und Fleiß zum Linkser umgelernt hatte, durch einen Unfall auch noch den Daumen verlor (40 v. H.), die Zulage nicht bekommen sollte, weil er nicht eine Rente von 66⅔ v. H. erhält! Tatsächlich beweisen auch viele Anträge von Verletzten, daß die Bestimmung von ihnen in dem hier vertretenen Sinne aufgefaßt wird.

Andererseits wird zweifellos ein Mehrfachverletzter oftmals in seinem Gesamteinkommen (Arbeitsverdienst und Renten) höher stehen als einer, der gleich beim ersten Unfall mit ⅔ der Vollrente entschädigt werden mußte. Aber die Berücksichtigung der „Bedürftigkeit“ oder „Einkommenhöchstgrenze“ gibt doch eine genügende Entschließungsfreiheit für die Gewährung oder Ablehnung der Zulage.

Schwierigkeit bereitet dabei der Fall, daß die verschiedenen Renten von mehreren Berufsgenossenschaften bezogen werden. Wer soll dann die Zulage beschließen und zahlen? Am einfachsten erscheint es, wenn die angegangene Berufsgenossenschaft den Beschluß nach Erledigung sämtlicher Ermittelungen erläßt und auch Zahlungen leistet. Die betreffenden Berufsgenossenschaften verteilen dann einfach untereinander den Zuschlag. Oder sie beteiligen sich daran nach dem Verhältnis der von ihnen gezahlten Renten. Den Einwand, vielleicht der beiden ersten, daß sie zuschlagfrei geblieben wären, wenn nicht die Rente der dritten hinzugekommen wäre, muß man als nicht stichhaltig erklären. Denn der gemeinsame Verpflichtungsgrund liegt in der RVO., und die Verordnung besagt ausdrücklich: „Verletzte“, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente von zwei Dritteln beziehen. Der Rentenempfänger erhält also ein Recht, nicht der Bezug der Rente gibt einen Anspruch. Darum ist es gleichgültig, ob eine Berufsgenossenschaft allein oder mehrere zusammen in Betracht kommen.

Die hier vorgetragene Auffassung ist auch wichtig für etwaige Erstattungsansprüche Dritter. Dieser Zuschlag gilt meines Erachtens nicht als Rente. Er muß also in allen Fällen dem Verletzten voll verbleiben. Denn es heißt nicht „die Rente erhöht sich“ um 8 *M*, sondern „der Verletzte erhält“ einen Zuschlag zu seiner Rente. Hat also z. B. die Krankenkasse an die Berufsgenossenschaft Anspruch auf halbe Vollrente für eine bestimmte Zeit, so bleibt es auch jetzt noch bei dem halben Vollrentenbetrage. Der übertragungsfreien Summe wird nicht etwa der entsprechende halbe Zuschlag zugelegt. Denn damit wäre der soziale Zweck der ganzen Verordnung vereitelt, die allein den Verletzten bessere Lebensmöglichkeiten schaffen, nicht aber das Zugriffsrecht anderer Mitbeteiligter erhöhen will.

Die Hinterbliebenen und Aszendenten scheiden überhaupt aus, erhalten also keinerlei Zulage. Das erscheint auch dann hart, wenn man nicht verkennen will, daß der Versicherte für die Unfallversicherung ja keinen einzigen Pfennig beiträgt, sondern die Unternehmer die täglich rund ¾ Millionen Mark betragenden Lasten allein aufbringen müssen.

Jeder Verletzte nun, der Anspruch auf die Zulage zu haben glaubt, hat seinen Antrag an den Versicherungsträger oder an ein Versicherungsamt zu richten (§ 2). Er kann

sich also nicht nur an die rentengewährende Berufsgenossenschaft wenden, sondern, entgegenkommenderweise, auch an jedes beliebige Versicherungsamt, das dann den Antrag mit dem Tage des Eingangs zu versehen und unverzüglich an die zuständige Berufsgenossenschaft weiter zu geben hat. Ist der Antrag an das Versicherungsamt gerichtet, in dessen Bezirk der Verletzte zur Zeit des Antrages wohnt oder beschäftigt ist, so hat dieses vor der Weitergabe des Antrages gleich das Vorliegen der Bedürftigkeit zu prüfen und sich gutachtlich darüber zu äußern (Ausführungsbestimmungen des RVA. § 2).

Welche Berufsgenossenschaft ist aber zuständig, wenn der Antragsteller von mehreren Rente erhält? Nach dem Vorhergesagten ist die Berufsgenossenschaft zuständig, an die er sich wendet. Wendet er sich an das Versicherungsamt, so ist die Berufsgenossenschaft am besten legitimiert, die zeitlich als letzte eine Rente neu gewährt hat. Denn sie wird vor der erstmaligen Feststellung die Akten anderer Berufsgenossenschaften schon eingesehen und geprüft, auch sich Auszüge gemacht haben. Sie kann also am leichtesten die notwendigen Schritte tun, um die anderen zur Teilnahme an den Kosten der Zulage mit heranzuziehen. Diese Berufsgenossenschaft prüft dann, ob alle Voraussetzungen gegeben sind, also: Bezug von mindestens ⅔ der Vollrente, Aufenthalt im Inlande und Bedürftigkeit. Daß der Aufenthalt im Inlande dauernd sein muß, ergibt sich aus § 5, wonach die Zulage wegfällt, wenn der Verletzte sich gewöhnlich im Auslande aufhält.

Der Antragsteller erhält einen Bescheid, der im Falle völliger oder teilweiser Ablehnung des Antrages mit Gründen versehen sein muß. Gegen diese Entscheidung ist Einspruch an das Oberversicherungsamt zulässig binnen 1 Monat nach Zustellung. Über den Einspruch entscheidet die Spruchkammer desjenigen Oberversicherungsamts, das zu entscheiden hätte, wenn es sich um eine Berufung gegen einen Endbescheid des Versicherungsträgers handeln würde. Zuständig ist also das Oberversicherungsamt, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit der Erhebung der Berufung wohnt oder beschäftigt ist (RVO. § 1677 unter Berücksichtigung der §§ 1638—1640). Diese Entscheidung ist endgültig und für beide Teile kostenlos (§ 3).

Nach dem § 7 der Ausführungsbestimmungen des RVA. muß die Entscheidung den Vermerk erhalten, daß sie endgültig wird, wenn der Verletzte nicht binnen einem Monat beim Oberversicherungsamt Einspruch einlegt. Da hierin zwischen ablehnendem und gewährendem Bescheid nicht unterschieden worden ist, muß auch die Entscheidung, die die Gewährung der Zulage ausspricht, diese Berufungsklausel enthalten, obwohl die Einlegung der Berufung gar keine Änderung herbeiführen kann. Ein rein formalistischer Pleonasmus, der aber sein Analogon in den Bestimmungen der RVO. bei der Gewährung von $^1/_5$ Witwenrente hat.

Der endgültig abgelehnte Antrag kann nur wiederholt werden, wenn glaubhaft bescheinigt wird, daß inzwischen Umstände eingetreten sind, welche die Gewährung der Zulage rechtfertigen (§ 4).

Die Zulage fällt nach § 5 weg: 1. wenn die Rente ruht; 2. wenn der Verletzte nicht mehr eine Rente von mindestens ⅔ der Vollrente erhält. Bei mehreren in Betracht kommenden Berufsgenossenschaften hat also jede an die zahlende Mitteilung zu machen, wenn sie Änderungsbescheide erläßt, damit diese sofort die Postanstalt von dem Wegfall der Zulage benachrichtigen kann. Denn analog den Renten muß auch die Zulage schon mit Ende des Monats wegfallen, der dem Monat folgt, in welchem der einspruchsfähige Bescheid zugestellt worden ist; 3. wenn sich der Verletzte gewöhnlich im Ausland aufhält.

Nach dem Texte der Verordnung „die Zulage fällt weg" konnte man annehmen, daß der Wegfall ohne weiteres eintreten sollte, wenn die Berufsgenossenschaft die Voraussetzungen nicht mehr für gegeben ansieht, ohne daß sie es nötig gehabt hätte, den Weg-

fall auch dem Verletzten gegenüber noch durch besonderen Bescheid auszusprechen. Der Verletzte, der sich zu Unrecht dadurch benachteiligt glaubte, hätte ja einen neuen Zulageantrag stellen können, über den dann im Instanzenzuge zu entscheiden gewesen wäre. Das Reichsversicherungsamt bestimmt aber (Ausführungsbestimmungen § 4), daß auch über den Wegfall der Zulage ein Bescheid an den Verletzten zu erteilen sei.

Bei der Aufzählung der Wegfallgründe fehlt die „Bedürftigkeit". Ist die Zulage wirklich noch weiter zu gewähren, wenn sich inzwischen Tatsachen ergeben, die die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht mehr benötigt wird? Zum Vergleich seien die §§ 593, 594 der RVO. herangezogen, in denen auch die Bedürftigkeit als Voraussetzung für die Eltern- und Enkelrente aufgestellt ist. Dort heißt es „für die Dauer der Bedürftigkeit", und bei der Zulage „sofern nicht". Hält man sich weiter vor, daß die Zulage wegfällt, wenn der Verletzte das Inland dauernd verläßt, so ergibt sich, daß „sofern" gleich zu setzen ist mit „solange". Die Zulage wird also auch nur zu geben sein, „solange" nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, d. h. eben auch nur „für die Dauer der Bedürftigkeit". Sie kann hiernach auch entzogen werden, wenn die Bedürftigkeit fortfällt.

Die Zulage wird nach § 5 nur für volle Kalendermonate gewährt, und nicht länger als 3 Monate rückwärts, gerechnet vom Beginne des Monats, in welchem der Antrag eingegangen ist. Letztere Bestimmung will wohl nur besagen, daß die Zulage nicht rückwirkend vom 1. 2. 1918, dem Tage des Inkrafttretens der Verordnung (§ 12) zu zahlen ist. Geht also ein Antrag am 6. Juli 1918 ein, so beginnt die Zulage frühestens mit dem 1. 4. 1918, vorausgesetzt, daß damals schon sämtliche Bedingungen erfüllt waren.

Teilhaftig der Zulage werden nur solche Verletzte, die zur **Zeit des Inkrafttretens der Verordnung schon mindestens 66⅔ v. H. Rente** beziehen. Wer in diesem Zeitpunkt eine Rente von 50 v. H. hat und nun durch einen neuen Unfall noch 20 v. H. hinzuerhält, bekommt die Zulage nicht. Ebensowenig erhält der Verletzte die Zulage, dessen Unfallfolgen sich nachträglich so verschlimmern, daß ihm an Stelle der bisher bezogenen z. B. 40 v. H. die Vollrente zugebilligt wird. Obwohl doch eigentlich die Zulage gerade einen Ausgleich dafür schaffen soll, daß bei diesen Renten ein Jahresverdienst zugrunde gelegt worden ist, der den heutigen hohen Kriegslöhnen nicht mehr entspricht. Die Berufsgenossenschaft darf die Zulage also auch nicht nunmehr von vornherein etwa bei jeder neuen Rentenzubilligung in Höhe des § 1 gewähren. Denn bei diesen neuen Rentenberechnungen liegt ja schon der hohe Kriegsverdienst zugrunde. Die Berufsgenossenschaft ist auch nicht etwa verpflichtet von Amts wegen eine Rentenempfängerkontrolle daraufhin vorzunehmen. Denn vor ihrer Stellungnahme zur Zulage muß immer ein entsprechender Antrag des Verletzten vorliegen.

Die Zahlung der Zulage erfolgt durch die für die Rentenzahlung zuständige Postanstalt vorschußweise monatlich im voraus gegen Quittung nach vorhergegangener Anweisung der Berufsgenossenschaft. Also genau so wie bei jeder Unfallrente (§ 6).

Auch der Fall ist wohl denkbar, daß der Verletzte von einer Berufsgenossenschaft 66⅔ v. H. Rente erhält und von einer anderen, oder, vermittelst des Prozentadditionsverfahrens, von mehreren anderen zusammen nochmals 66⅔ v. H. Ist da die Zulage mehrmals zu gewähren? Meiner Überzeugung nach: nein! Denn § 1 sagt nicht: Jeder Rente von 66⅔ v. H. werden 8 *M* zugelegt, sondern „Verletzten ..... wird eine Zulage gewährt". Es kann also derselbe Verletzte immer nur einmal die Zulage erhalten. Die anweisende Berufsgenossenschaft tut darum gut, sich vorher zu vergewissern, ob etwa bereits eine andere Berufsgenossenschaft zahlt. Mit gegenseitiger Loyalität wird sich zwischen den Betreffenden leicht ein Ersatzmodus, am einfachsten Verteilung der 8 *M*, vereinbaren lassen.

Die bei den Zahlungen erforderlichen Bescheinigungen kann jede Person beglaubigen, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen (§ 7). Die §§ 8 und 9 geben dann noch Bestimmungen, wie diese Zulagevorschüsse von den Berufsgenossenschaften wieder an die Postkassen zu begleichen sind und entsprechen den Bestimmungen der RVO. über die Abführung der Beträge an die Post (§§ 777, 781, 782, 1028, 1185).

Die Mittel für die Erstattung dieser Zulage sind von den Berufsgenossenschaften in derselben Weise aufzubringen wie die Mittel für ihre übrigen Leistungen (§ 10). — Mit welcher Berechtigung aber wurden die Zuschläge den Berufsgenossenschaften auferlegt? Wie kommen gerade sie dazu, eine durch den Krieg bedingte Teuerungszulage einseitig aufzubringen? Denn die Berufsgenossenschaften sind doch nur dazu da, durch Betriebsunfall hervorgerufene Veränderungen im körperlichen oder geistigen Zustande der Verletzten abzugelten, nicht aber für wirtschaftliche Schädigungen aufzukommen, die in der allgemeinen Weltlage ihren Ursprung haben. Hier fehlt also die sonst überall so strikt verlangte Einheit des Leistungsgrundes! Der Hauptausschuß des Reichstages hatte daher die jetzt getroffene Regelung mit Recht abgelehnt, der Bundesrat führt sie gegen den ausgesprochenen Willen des Reichstages doch ein. Die Gerechtigkeit verlangt aber, daß mit solchen Lasten die stärksten Schultern belastet werden. Das ist aber das Reich. Wohl hätte man den Berufsgenossenschaften als den bewährten Sachwaltern der Unfallfürsorge die Entscheidung überlassen können, wem sie die Zulage gewähren wollen, wem nicht — aber die von der Post gezahlten Beträge dürften nicht ihnen zur Umlage präsentiert werden, sondern müßten zu Reichslasten gehen. Es wäre dringend erwünscht, recht bald eine entsprechende Änderung eintreten zu lassen.

Die erforderlichen Bestimmungen zur Durchführung dieser Verordnung und über das Verfahren hat das Reichsversicherungsamt zu treffen (§ 11). Dies ist geschehen durch Runderlaß über die Zulagen zur Verletztenrente vom 24. Januar 1918 — I 459 — (ArbVers. Heft 5 S. 95).

Die Zuschläge sind für die 11 Monate vom 1. Februar bis 31. Dezember 1918 vorgesehen. Hoffentlich haben wir bis dahin Frieden, allmähliche Wiederkehr geordneter Verhältnisse und Erleichterung des gewaltigen Druckes, den die Sorge um den Lebensunterhalt ausübt. Sollte aber eine Weitergewährung der Zuschläge noch für eine beschränkte Übergangszeit notwendig werden, so dürfte sich eine Änderung in der vorgeschlagenen Richtung — Wegfall der Bedürftigkeitsprüfung, Abstufung der Leistungen, Übernahme auf das Reich — dringend empfehlen. Auch ein Ausbau in bezug auf Zulagen für Witwen und Witwer wird nicht zu umgehen sein.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Konkursverwalter als Arbeitgeber; keine persönliche Haftung für Versicherungsbeiträge.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 30. Juni 1917 (P. 270/16).

Nach § 176 des Versicherungsgesetzes für Angestellte hat der Arbeitgeber, der den Versicherten den Beitragsmonat hindurch beschäftigt, für sich und ihn den Beitrag zu entrichten. Es ist deshalb zu prüfen, ob der Konkursverwalter Arbeitgeber der für die Konkursmasse versicherungspflichtig beschäftigten Personen ist, oder ob und inwieweit er die Rechte eines Arbeitgebers wahrzunehmen und die Pflichten eines solchen zu erfüllen hat. Mit der Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2060 (Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 599) geht das Oberschiedsgericht davon aus, daß der Konkursverwalter in der Tat Arbeitgeber dieser Personen ist.*) Denn der Gemein-

*) ArbVers. 1915 S. 608.

schuldner verliert mit der Konkurseröffnung die Befugnis, sein zur Konkursmasse gehöriges Vermögen zu verwalten und darüber zu verfügen. Zu dieser Vermögensverwaltung gehört auch die Entscheidung darüber, ob und in welchem Umfange zum Betriebe eines Geschäftes Personen gegen Entgelt zu beschäftigen sind. Infolgedessen hat der Konkursverwalter das Recht, Angestellte des Gemeinschuldners, die er bei der Konkurseröffnung vorfindet, weiter zu beschäftigen oder ihnen zu kündigen. Soweit er erstere tut, sind ihre Bezüge aus der Konkursmasse als Masseschulden zu befriedigen, während die für solche Personen zu entrichtenden Beiträge für die Arbeiter- und Angestelltenversicherung zu den Massekosten zählen (zu vgl. Jäger, Kommentar zur Konkursordnung 5. Aufl. Anm. 1 und 5 zu § 58). Eine persönliche Haftung des Konkursverwalters für die vermögensrechtlichen Verbindlichkeiten der Masse besteht jedoch nicht, denn der Konkursverwalter handelt nicht auf eigene Rechnung, sondern auf Rechnung der Masse. Mit der Aufhebung des Konkursverfahrens hört deshalb der Konkursverwalter auf, Arbeitgeber der für die Masse beschäftigten Arbeiter und Angestellten zu sein. Hieraus ergibt sich, daß, falls der Anspruch eines Trägers der Arbeiter- oder Angestelltenversicherung auf Entrichtung von Beiträgen bis zur Ausschüttung der Masse unberücksichtigt geblieben ist, nachträglich der Konkursverwalter nicht mehr als Arbeitgeber für die Zahlung der Beiträge in dem durch das Versicherungsgesetz für Angestellte geordneten Verfahren (§ 210) in Anspruch genommen werden kann. Eine anderweitige Beurteilung der Rechtslage wird auch nicht durch den § 340 des Versicherungsgesetzes für Angestellte begründet, auf den sich die Reichsversicherungsanstalt beruft. Denn diese Vorschrift, die in entsprechender Fassung auch für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gilt (§ 1478 RVO.), hat nur Bedeutung für eine etwaige Strafbefugnis der Reichsversicherungsanstalt, die dann auch gegenüber dem Konkursverwalter, soweit er als Arbeitgeber im Sinne dieser Vorschrift zu betrachten ist, Platz greift. Daraus folgt aber noch nichts für die Richtigkeit der von der Reichsversicherungsanstalt hier begehrten Entscheidung. Vielmehr kann die Reichsversicherungsanstalt in Fällen der vorliegenden Art nur auf dem Wege des § 82 der Konkursordnung, d. h. durch Klage vor den bürgerlichen Gerichten, eine Ersatzpflicht des Konkursverwalters geltend machen, wenn sie glaubt, eine Pflichtverletzung desselben dartun zu können.



Ein Handwerksmeister, der im Betrieb eines anderen Aushilfsdienste gegen Entgelt leistet, wird dadurch nicht versicherungspflichtiger „Arbeiter".

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts**, 13. Rekurssenat vom 15. November 1917.

Das Reichsversicherungsamt hat in ständiger Rechtsprechung angenommen, daß der Unternehmer eines Betriebes unter besonderen Umständen Arbeiter in einem anderen Betriebe sein kann, daß es sich dann aber zweifellos um eine Beschäftigung als „Arbeiter" handeln muß. Mit Recht hat die Berufsgenossenschaft auf Grund der gesamten sozialen und wirtschaftlichen Stellung des Klägers, insbesondere im Hinblick auf die Größe seines Vermögens abgelehnt, ihn als „Arbeiter" anzusehen. Seine Tätigkeit im Betriebe des Bäckermeisters H. stellt sich nicht als Lohnarbeit eines Arbeitnehmers, sondern als Aushilfe

bar, die er, ohne seine Unternehmereigenschaft aufzugeben, dem ihm sozial gleichstehenden Unternehmer H. geleistet hat. Daran ändert der Umstand nichts, daß der Kläger für diese Tätigkeit Bezahlung erhalten hat, da auch selbständige Unternehmer, insbesondere soweit sie dem Handwerkerstande angehörten, für ihre Tätigkeit Bezahlung — und zwar auch nach der Länge der von ihnen aufgewendeten Zeit berechnet — zu erhalten pflegen. Für die Richtigkeit der Auffassung der Beklagten spricht auch der Umstand, daß der Kläger früher selbst Inhaber des jetzt von H. geführten Betriebes gewesen ist und seither in seiner ganzen sozialen und wirtschaftlichen Stellung keineswegs sich merklich dem Arbeiterstande genähert hat. Da der Kläger den Unfall hiernach nicht als versicherter Arbeitnehmer erlitten hat, hat die Berufsgenossenschaft die Gewährung einer Unfallrente mit Recht abgelehnt. („Berufsgenossenschaft.")

Revision bei Erstattungs- und Ersatzansprüchen. — „Lehrköchinnen" als Lehrlinge.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. November 1917 (2410 Amtl. Nachr. 1918 S. 168).

Die Abgabe der Streitsache an das Reichsversicherungsamt ist zulässig, da es sich um eine grundsätzliche Frage handelt und die Revision ausgeschlossen ist. Mit Unrecht leitet jedoch das Oberversicherungsamt die Unzulässigkeit dieses Rechtsmittels aus der Vorschrift des § 1695 Nr. 2 RVO. her, wonach die Revision bei Unterstützungsfällen ausgeschlossen ist, in denen der Kranke nicht oder weniger als acht Wochen arbeitsunfähig war. Diese Vorschrift gilt, wie sich aus dem Wortlaut des § 1695 ergibt, nur für Leistungsansprüche, während es sich vorliegend um einen Erstattungsanspruch handelt (§§ 222, 224 Nr. 1). Bei diesen Ansprüchen ist, sofern sie nicht im Fünften Buche der RVO. geordnet sind, die Revision nach § 1778 Abs. 1 ausgeschlossen, wenn vorübergehende Leistungen in Frage kommen. Dabei ist es unerheblich, ob ein Fall vorliegt, in dem die Revision bei Leistungsansprüchen unzulässig ist (§§ 1695, 1696). Denn nach § 1771 RVO. gelten für Streitigkeiten, die nicht im Feststellungsverfahren, aber nach ausdrücklicher Vorschrift dieses Gesetzes im Spruchverfahren zu erledigen sind, die §§ 1636 bis 1734 entsprechend, soweit die §§ 1772 bis 1779 nichts anderes vorschreiben. Zu diesen „anderen" Vorschriften gehört auch § 1778. Er gilt nicht etwa neben den §§ 1695, 1696 in dem Sinne, daß er die Revision bei Erstattungs- und Ersatzansprüchen noch weiter einschränkt, sondern er regelt die Frage der Zulässigkeit der Revision bei solchen Ansprüchen erschöpfend dahin, daß die Revision bei Erstattungs- und Ersatzansprüchen, die nicht im Fünften Buche der RVO. geordnet sind, schlechthin ausgeschlossen ist, wenn es sich um vorübergehende Leistungen handelt. Da in dem zur Entscheidung stehenden Falle eine Leistung vorübergehender Natur in Betracht kommt, ist die Revision nach § 1778 Abs. 1 a. a. O. ausgeschlossen (zu vgl. Revisionsentsch. 2019, Amtl. Nachr. 1915 S. 512).

In der Sache selbst kann dahingestellt bleiben, ob Lehrköchinnen, die in gewerblichen Betrieben tätig sind, stets als Lehrlinge im Sinne des § 165 Abs. 1 Nr. 1 RVO. anzusehen und daher in jedem Falle versicherungspflichtig sind (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 361, 1916 S. 190 Nr. 2). Jedenfalls gehörte Fräulein S. als Lehrköchin zu den Lehrlingen im Sinne jener Vorschrift. Unter Lehrlingen in diesem Sinne sind Personen zu verstehen, die zu ihrer Fachausbildung in ein Beschäftigungsverhältnis getreten sind (zu vgl. Ziff. 39 der Anl. des RVA. über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Amtl. Nachr. 1912 S. 721). Das war bei Fräulein S. der Fall. Wie die Ortskrankenkasse C. mit Recht bemerkt, deckte die für Fräulein S. gezahlte Vergütung von 100 ℳ jährlich nicht den Wert der ihr von dem Hotelbesitzer gewährten Wohnung und Beköstigung. Sie war also gegen Entgelt tätig. Das läßt darauf schließen, daß sie einen eigentlichen Arbeitsposten bekleidete und zu N. oder seiner Ehefrau in einem mit persönlicher Abhängigkeit verbundenen Beschäftigungsverhältnisse stand. Hierfür spricht auch der Umstand, daß sie, wie die Ortskrankenkasse geltend macht, von Frau N. wegen Urlaubsüberschreitung entlassen worden ist. Sie war auch zu ihrer Fachausbildung beschäftigt. Nach den in der Berufungsschrift enthaltenen Angaben über die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse der Familie S. hat der Senat angenommen, daß Fräulein S. voraussichtlich genötigt sein wird, Kenntnisse von der Art, wie sie sie durch ihre Beschäftigung als Lehrköchin erwerben sollte, dereinst in abhängiger Stellung als Lohnarbeiterin zu verwerten. Sie war somit als Lehrköchin versicherungspflichtig.

Gleichwohl konnte die Berufung keinen Erfolg haben, da die beklagte Kasse für die Versicherung nicht zuständig war. Ihre Zuständigkeit wäre nur dann begründet gewesen, wenn Fräulein S. in ihrer Stellung bei N. zu den Dienstboten gehört hätte (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 der Satzung der Beklagten). Das war aber nicht der Fall, weil sie als Lehrköchin zu den Lehrlingen im Sinne des § 165 Abs. 1 Nr. 1 RVO. zählte, und die Begriffe „Lehrling" und „Dienstbote" einander ausschließen. Sie gehörte somit der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises S. in B. an, die jedoch nicht verklagt ist. Die Berufung war daher zurückzuweisen, ohne daß eine Prüfung der Frage erfolgen konnte, ob der Ersatzanspruch im übrigen begründet ist.

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges.

Vom 17. März 1918 (RGBl. S. 129).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Die Änderungen und Ergänzungen, welche gegenüber den Bestimmungen einer Kassensatzung über die Festsetzung des Grundlohns und die Bemessung der Beiträge zur Durchführung des § 1 der Bekanntmachung vom 22. November 1917, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 1085), dienen sollen, können ohne Aufnahme in die Satzung vom Vorstand beschlossen werden. Der Beschluß bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts, dessen Entscheidung endgültig ist. Auch im Falle der Versagung entscheidet nicht die Beschlußkammer.

§ 2. — Während der weiteren Dauer des Krieges erhalten die Kassenmitglieder einen Abdruck der Satzung und ihrer Änderung (§ 325 der RVO.) nur auf Antrag; im übrigen genügt die Mitteilung von Auszügen, welche die Bestimmungen über Mitgliedschaft, Leistungen und Beiträge nebst der Krankenordnung sowie Änderungen dieser Bestimmungen enthalten.

Die Mitglieder sind berechtigt, einen Abdruck der Satzung und ihrer Änderung in den Geschäftsräumen der Kasse während der üblichen Geschäftsstunden einzusehen.

§ 3. — Der Anspruch einer Wöchnerin auf die Leistungen der Wochenhilfe nach § 8 der Bekanntmachung, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) besteht auch dann, wenn die Beiträge zur Krankenkasse für die Wöchnerin auf Antrag des Arbeitgebers gemäß § 420 oder § 421 der RVO. unter Wegfall oder Kürzung des Anspruchs auf Krankengeld ermäßigt sind.

Was der Wöchnerin auf Grund dieses Anspruchs zusteht, gilt nicht als Barleistung im Sinne des § 425 der RVO.; der Arbeitgeber hat der Kasse dafür nichts zu erstatten.

Der Kassenvorstand kann die nach § 420 Abs. 3, § 421 der RVO. ermäßigten Beiträge mit Zustimmung des Versicherungsamts entsprechend der Steigerung der Kassenausgaben infolge dieser Wochenhilfe erhöhen; einer Satzungsänderung bedarf es nicht.

§ 4. — Die Vorschriften der §§ 1, 2 treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

§ 5. — Die Vorschriften des § 3 treten mit Wirkung vom 3. Dezember 1914 in Kraft.

Ansprüche, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieser Verordnung schwebt, unterliegen den Vorschriften des § 3.

Sind Ansprüche, die nach den Vorschriften des § 3 begründet sind, nach dem 2. Dezember 1914 rechtskräftig abgelehnt worden, so hat die Krankenkasse auf Antrag des Berechtigten einen neuen Bescheid zu erteilen; die Verjährungsfrist des § 223 Abs. 1 der RVO. beginnt für solche Anträge mit dem Tage der Verkündung dieser Vorschriften.

Kassenleistungen für die im besetzten Auslande Beschäftigten.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 10. Januar 1918 (Nr. 29 349 K.).

Der Taglöhner Xaver A. in München war vom 1. Juni bis 1. August 1917 als Erdarbeiter an der Westfront in dem von deutschen Truppen besetzten Gebiete tätig; er war gemäß § 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 14. Dezember 1916 (RGBl. 1916 S. 1383, ArbVers. 1917 S. 9) gegen Krankheit versichert und zur Allgemeinen Ortskrankenkasse Chateau-Salins gemeldet (§ 2 Abs. 2 a. a. O.). Ende Juni 1917 erkrankte er und wurde vom 24. Juni bis 13. Juli im Lazarett Saarburg, vom 17. bis 19. Juli und vom 23. Juli bis 1. August im Revier als arbeitsunfähig ärztlich behandelt und verpflegt. Für diese Zeiten glaubt A. Anspruch auf Krankengeld oder wenigstens Hausgeld zu haben. Da ihm von der Ortskrankenkasse Chateau-Salins jede Barleistung verweigert wurde, erhob er bei dem Versicherungsamt seines Wohnorts München Klage auf Zahlung des Krankengeldes, die jedoch abgewiesen wurde aus folgenden Gründen:

Die Zuständigkeit des städt. Versicherungsamts München ergibt sich aus den §§ 1636, 1637 RVO. Da der Sachverhalt ohne förmliche Beweiserhebung klargestellt werden konnte, war der Vorsitzende nach § 1657 RVO. berechtigt, ohne mündliche Verhandlung Vorentscheidung zu treffen. — Es war zu erkennen, wie geschehen.

§ 5 der Bekanntm. des Reichskanzlers vom 14. Dezember 1916 (RGBl. 1916 Nr. 284), die die Krankenversicherung der Arbeiter im Ausland regelt, bestimmt: „Im Ausland gewährt die Heeres- oder Marineverwaltung den Versicherten die Krankenhilfe. Die Krankenkasse hat ihr die Kosten zu erstatten. Dabei gelten $^{3}/_{8}$ des Grundlohnes, nach welchem sich das Krankengeld des Versicherten bestimmt, als Ersatz der Kosten für Krankenpflege. Ist der Versicherte in einem Krankenhaus (Lazarett) aufgenommen, so sind außerdem für den Unterhalt daselbst $^{3}/_{8}$ des Grundlohnes zu vergüten."

Bei dieser Sachlage beurteilt sich die Überweisung des A. in Lazarett- bzw. Revierbehandlung durch das zuständige Organ der Heeresverwaltung, den Militärarzt, nach den gleichen rechtlichen Grundsätzen, nach denen sich eine Krankenhausein-

weisung im Sinne des § 184 RVO. durch den Versicherungsträger beurteilen würde. A. hat während der Dauer seiner Lazarett- bzw. Revierbehandlung „an Stelle" der Leistungen des § 182 RVO. wie in einem Krankenhaus Krankenpflege und Unterhalt empfangen, womit sein Anspruch sowohl auf ärztliche Behandlung nebst Heilmitteln als auch auf Krankengeld voll abgegolten wurde, bzw. auf die Heeresverwaltung überging.

Es war daher noch zu prüfen, ob A. für die Zeiträume seiner Lazarett- und Revierbehandlung Anspruch auf Hausgeld (§ 186 RVO.) hatte. Die notwendige Voraussetzung eines solchen Anspruchs wäre, daß A. bis zu seiner Erkrankung Angehörige „ganz oder überwiegend" unterhalten hat. Dies war jedoch nicht der Fall. Nach Erhebung des städt. Bezirks-Inspektors vom 4. September 1917 hat A. seine Stiefeltern vor seiner Erkrankung mit wöchentlichen Geldbeträgen von 3—5 ℳ unterstützt. Von einer Reinunterstützung in dieser Höhe kann aber keine Rede sein, da dem A. als Gegenleistung das Reinigen seiner Wäsche besorgt wurde. Der Stiefvater des A. verdient als Hilfsarbeiter im Zoologischen Garten wöchentlich etwa 25 ℳ; diesem Arbeitsverdienst steht nach Abzug der gegenwärtig nicht unerheblichen Reinigungskosten ein so geringer Unterhaltsbeitrag seitens des A. gegenüber, daß von einem „überwiegenden Beitrag" jedenfalls nicht gesprochen werden kann. Damit aber entfällt der Anspruch auf Hausgeld.

Da die Kasse von der Berechtigung des § 194 Abs. 2 RVO., wonach „Versicherten, für die kein Hausgeld zu zahlen ist, neben der Krankenhauspflege ein Krankengeld bis zur Hälfte des gesetzlichen Betrages zugebilligt werden kann, „keinen Gebrauch gemacht hat, hat die Kasse mit der Ersatzleistung von $^{3}/_{8}$ und $^{2}/_{8}$ des Grundlohns für dem A. gewährte Krankenhilfe an die Heeresverwaltung ihrer gesetzlichen Pflicht voll genügt; neben dieser Leistung bestand kein Anspruch des Versicherten auf irgendeine Barleistung nach dem Rechte der RVO.

Fortzahlung der Beiträge zum Zwecke der Weiterversicherung ersetzt nicht die nach § 213 RVO. erforderliche Anmeldung.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 23. November 1918 (2411 Amtl. Nachr. 1918 S. 169).

Die Pflichtmitgliedschaft des Klägers bei der beklagten Kasse erreichte mit seinem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung am 1. August 1914 ihr Ende. Hieran änderte nichts, daß eine Wiederaufnahme der Beschäftigung bei der Firma B. für den Fall des Ausscheidens des Klägers aus dem Heeresdienst in Aussicht genommen war. Zu einer freiwilligen Weiterversicherung auf Grund des § 11 der Satzung (§ 313 RVO.) war der Kläger nicht berechtigt, da er nicht auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert gewesen war. Es kann sich daher nur fragen, ob die Beklagte trotzdem nach § 213 RVO. zu einer Leistung an den Kläger verpflichtet ist, weil sie die Beiträge für ihn auch nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung drei Monate und länger unbeanstandet angenommen hat. Diese Frage ist aber zu verneinen. Die Vorschrift des § 213 bezieht sich, wie ihr Inhalt ergibt, auf Personen, die nicht versicherungspflichtig und nicht versicherungsberechtigt sind, und verlangt eine vorschriftsmäßige und nicht vorsätzlich unrichtige Anmeldung. Sie legt der Kasse die Verpflichtung auf, im Falle einer solchen Anmeldung die Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung der bei ihr angemeldeten Person zu prüfen. Tut sie dieses nicht oder irrt sie sich hierbei, so soll sie die Folgen tragen und als Ersatz für die eine gewisse Zeit in Empfang genommenen Beiträge auch die Leistungen gewähren (zu vgl. Revisionsentsch. 2109, Amtl. Nachr. 1915 S. 759). Der Kläger war zur Zeit der Anmeldung versicherungspflichtig. Schon aus diesem Grunde kann sich die Vorschrift des § 213 nicht auf ihn beziehen, zumal der Kasse von einer Änderung der Versicherungspflicht des Klägers keine Kenntnis gegeben ist. Da letzteres nicht geschehen ist, fehlt es auch an der nach § 213 vorgeschriebenen Anmeldung. Nun schreibt allerdings § 313 Abs. 2 Satz 3 vor, daß der Anzeige eines Kassenmitglieds, das nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung Mitglied bleiben will, es gleichsteht, wenn in der nach Abs. 2 Satz 1 daselbst vorgeschriebenen Frist von drei Wochen die satzungsmäßigen Beiträge voll gezahlt werden. Die Vorschrift des § 313 bezieht sich aber nur auf Kassenmitglieder, die vorher eine bestimmte Zeit versichert gewesen und aus diesem Grunde zur Weiterversicherung berechtigt sind. Nur für solche Mitglieder schafft daher die Vorschrift des Abs. 2 Satz 3 daselbst ein besonderes Recht, das auch ohne Anzeige bei Zahlung der Beiträge zur Fortsetzung der Mitgliedschaft führt. Eine Ausdehnung dieser Vorschrift auf andere Fälle, in denen eine Berechtigung zur Weiterversicherung und Fortsetzung der Mitgliedschaft überhaupt nicht besteht, ist nicht angängig. Insbesondere kann daher auch nicht die nach § 213 vorgeschriebene Anmeldung durch eine Zahlung der Kassenbeiträge zum Zwecke der Weiterversicherung im Sinne des § 313 Abs. 2 Satz 3 ersetzt werden.

C. Zur Unfallversicherung.

Kein Ersatzanspruch der Kasse aus der Unfallentschädigung für die Zeit vor der Anmeldung nach § 611 RVO.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts a) vom 13. Februar 1917 (I a 3605/16) und b) vom 8. Januar 1918 (II a K. C. 204/17).

a)

Eine Ortskrankenkasse, welche die Feststellung der Unfallentschädigung für ein Kassenmitglied betrieb (§ 1509), hat gegen die abweisende Entscheidung des Oberversicherungsamts Rekurs eingelegt mit dem Antrage, unter Aufhebung der angegriffenen Entscheidung zu erkennen: 1. die aus Anlaß des Unfalles vom 17. Juni 1913 eingetretene Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Kellners Fritz Kl. hat schon in der Zeit vom 17. November 1914 bis 30. Januar 1915 und vom 16. März 1915 bis 20. Mai 1915 bestanden. 2. Die Wiedereinsetzung der Sache in den vorigen Stand ist begründet, weil Kl. geisteskrank war und die Nichtanmeldung bzw. Nichtwiederanmeldung der Verschlimmerung auf die Geisteskrankheit zurückzuführen ist.

Das Reichsversicherungsamt hat den Rekurs zurückgewiesen mit folgender Begründung:

Nach Prüfung des Sachverhaltes hat das Reichsversicherungsamt keinen Anlaß gefunden, von der angefochtenen Entscheidung abzuweichen, da sie die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt. Auch durch die Ausführungen der Klägerin im Rekursverfahren sind die Gründe dieser Entscheidung nicht entkräftet worden. Die Allgemeine Ortskrankenkasse verkennt augenscheinlich völlig den Begriff der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Eine solche kann nur dann in Frage kommen, wenn eine gesetzliche „Verfahrensfrist" nicht innegehalten worden ist. Es handelt sich also um Fehler und Versehen, die einem Beteiligten hinsichtlich des Verfahrens in formeller Beziehung untergelaufen sind. Ein derartiger Verstoß steht indessen hier nicht in Frage. **Die Bestimmung des § 611 der RVO. kennt keinerlei Ausnahmen.** Maßgebend bleibt einzig der Tag der Antragstellung; ob diese aus Gründen, die von dem Willen des Rentenberechtigten unabhängig sind, erst nach Ablauf einer mehr oder weniger langen Zeit erfolgen konnte, ist ohne jeden Einfluß. Daher ist auch die Krankenkasse nur berechtigt, die Wiedergewährung der Unfallrente für die Zeit nach Anmeldung des Anspruchs zu begehren.

b)

Die durch die vorstehende Entscheidung abgewiesene Krankenkasse verlangte nunmehr von der Berufsgenossenschaft in einem neuen Verfahren nach §§ 1501, 1515 Abs. 2 RVO. Ersatz ihrer Aufwendungen für die Zeiten vom 17. November 1914 bis zum 30. Januar 1915 und vom 17. März bis zum 20. Mai 1915. Sie machte geltend, daß § 611 RVO. nicht Anwendung finden könne, da Kl. infolge seiner Geisteskrankheit an der Stellung eines rechtszeitigen Antrags verhindert gewesen sei, daß sie den Kl. als Unfallverletzten unterstützt und daher auch Anspruch auf Ersatz habe, zumal andernfalls die Beklagte auf ihre Kosten bereichert sein würde.

Versicherungsamt und Oberversicherungsamt haben die Kasse abgewiesen, weil ihr kein Ersatzanspruch zustehe, da Kl. selbst für die Zeit bis zum 20. Mai 1915 keinen Anspruch gegen die Beklagte habe. Auch die von der Kasse noch eingelegte Revision ist vom Reichsversicherungsamt zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Die Vorschrift des § 1501 Abs. 2 RVO. hat zur Voraussetzung, daß die Leistung der Krankenkasse, deren Ersatz beansprucht wird, infolge eines Unfalls gewährt ist und daß der Unterstützte infolge des Unfalls für die gleiche Zeit einen Anspruch auf Unfallentschädigung gegen die Berufsgenossenschaft hat. Diese letztere Voraussetzung ist im vorliegenden Falle jedenfalls nicht gegeben. Es ist in dem für die Feststellung der Ansprüche des Unfallverletzten gegen die Berufsgenossenschaft gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren rechtskräftig festgestellt, daß dem von der Klägerin unterstützten Kl. für die Zeit, für die sie Ersatz verlangt, ein Anspruch gegen die beklagte Berufsgenossenschaft nicht zusteht. Diese Entscheidung ist bindend und der Nachprüfung im vorliegenden Verfahren entzogen. Steht aber dem Unterstützten selbst ein Anspruch nicht zu, so ist auch für einen Ersatzanspruch der Klägerin kein Raum. **Wenn sie meint, daß die Beklagte auf ihre Kosten bereichert sei, so kann sie damit im gegenwärtigen Verfahren nicht gehört werden, da ein hierauf gestützter Anspruch nicht der Entscheidung durch die Instanzen der Reichsversicherungsordnung unterliegt.** Die Abweisung der Klägerin mit ihren Ersatzansprüchen ist somit zu Recht erfolgt und die Zurückweisung ihrer Revision gerechtfertigt.

Anmerkung: Es war schon ein seltsamer Fehlgriff der Kasse, daß sie, nachdem sie mit dem Anspruch auf Neufeststellung einer Rente für den Verletzten rechtskräftig abgewiesen war, den Versuch machte, auf Grund des § 1501 RVO. Ersatz für ihre dem Verletzten gewährten Leistungen zu erlangen. Durch jene Abweisung war, entsprechend der klaren Vorschrift in § 611, festgestellt, daß dem Verletzten ein Anspruch auf Rente für die Zeit vor der Anmeldung nicht zustand. Da die Kasse Ersatz nur „aus der Unfallentschädigung" verlangen konnte, war selbstverständlich auch ihr Anspruch schlechthin ausgeschlossen für jene vor der Anmeldung liegende Zeit, für die ein Anspruch des Verletzten auf Unfallentschädigung rechtskräftig aberkannt war. Fast noch seltsamer wäre es danach, wenn die Kasse ernstlich glaubte, diese Rechtsfolge nunmehr noch durch die

Konstruktion eines Anspruchs aus ungerechtfertigter Bereicherung umgehen zu können. Denn aus diesem Rechtsgrunde wäre die Genossenschaft zu einer Leistung doch nur dann verpflichtet, wenn sie auf Kosten der Kasse etwas „ohne rechtlichen Grund" erlangt hätte (§ 812 BGB.). Davon kann hier selbstverständlich nicht die Rede sein, da ja die Genossenschaft in dem § 611 RVO. einen ganz zweifelsfreien „rechtlichen Grund" hat, die Unfallentschädigung für die Zeit vor der Anmeldung zu versagen.

Gestellung von Arbeitskräften für fremde Betriebe als besonderes Unternehmen. — Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 5. Februar 1918 (B. V. 1. 261).

Der Tiefbauunternehmer Christian Sch. stellt vielfach anderen Unternehmern Arbeiter zur Verfügung. Die Tiefbau-Berufsgenossenschaft hat, mittels weiterer Beschwerde gegen eine Entscheidung des Oberversicherungsamts, beantragt, auszusprechen, daß auch die von Sch. auf Zechen und Eisenwerken ausgeführten Arbeiten bei ihr versichert sind, während die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft diese Arbeiten als bei ihr versichert in Anspruch nimmt und daher die Zurückweisung der weiteren Beschwerde beantragt hat. Diesem Antrage hat das Reichsversicherungsamt entsprochen aus folgenden Gründen:

Das Reichsversicherungsamt hat in Übereinstimmung mit dem Oberversicherungsamt angenommen, daß es sich bei dem Betriebe des Sch. um zwei gesonderte Unternehmungen handelt. Einmal führt Sch. gewerbsmäßig Tiefbauarbeiten aus, für die die Tiefbau-Berufsgenossenschaft unstreitig zuständig ist. Davon unabhängig stellt er sodann der Firma Kr. und dem B. Verein für Bergbau und Gußstahlfabrikation Arbeiter zur Verfügung, denen von diesen Werken die mannigfachsten Arbeiten zugewiesen werden. Diese nur auf die Gestellung von Arbeitskräften für fremde Betriebe gerichtete Tätigkeit hat einen solchen Umfang angenommen, daß sie versicherungsrechtlich nicht mehr als ein Ausfluß oder Nebenbetrieb seines verhältnismäßig geringfügigen Tiefbauunternehmens angesehen werden kann. Die Arbeiter treten unter die Leitung und in den Gefahrenbereich der Zechen und Eisenwerke, ihre Tätigkeit kommt ausschließlich diesen, nicht dem Sch. zugute. Er kann daher nicht als Unternehmer dieser Arbeiten gelten.

Das Zuführen von Arbeitern zur Hilfeleistung auf Zechen und Werken ist nach Kenntnis des Reichsversicherungsamts schon vor dem Kriege allgemein üblich gewesen, es ist nicht erwiesen, daß im vorliegenden Falle der Krieg auf die Gestaltung des Unternehmens des Sch. gesonderten Einfluß ausgeübt hat. Der weiteren Beschwerde war hiernach der Erfolg zu versagen.

Unfall beim Heimweg von der Beerdigung eines Arbeiters als Betriebsunfall.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (13. Sen.) vom 15. November 1917 (R. II 77/16).

Der Kläger war von seiner Arbeitgeberin beauftragt worden, der Beerdigung eines im Betriebe tödlich verunglückten Arbeiters Kr. am 17. Juni 1915 früh 9 Uhr beizuwohnen. Nach dem Ergebnis der Ermittelungen ist der Unfall, den der Kläger durch Absturz von der Straßenbahn nach der Beerdigung erlitten hat, als Betriebsunfall zu erachten und in seinen Folgen von der Beklagten zu entschädigen, weil der Kläger zur Zeit des Unfalles noch in der Ausführung des Auftrags sich befand. Nach der Überzeugung des Gerichts ging der Auftrag des Klägers dahin, daß er sich morgens angemessen kleiden, zur Beerdigung gehen, an ihr teilnehmen, dann zu Haus sich umkleiden und wieder zur Arbeit kommen sollte. Gegen diesen Auftrag und außerhalb desselben handelte der Kläger nicht, wenn er auf dem Kirchhof bis zur Aufschüttung des Hügels wartete, alsdann noch die ortsunkundigen polnischen Angehörigen des Verstorbenen in eine Wirtschaft zu kürzerem Aufenthalt begleitete und über die Heimreise informierte. Wenn der Kläger, von dem nicht feststeht, daß er etwa betrunken war, demnächst auf dem Heimweg verunglückte, so führte er den Heimweg eben in Erledigung des Auftrages aus, um sich der zur Auftragserledigung erforderlichen feierlichen Kleidung zu entledigen. Deshalb war unter Aufhebung des angefochtenen Urteils vom 31. August 1916 und des Endbescheids vom 14. April 1916 die Beklagte zu verurteilen, den Kläger für die Folgen des Unfalls vom 17. Juli 1915 zu entschädigen.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Keine Rückforderung von Beiträgen zur Invalidenversicherung für Beschäftigte im Hilfsdienst (§ 14 Vrdg. v. 24. 2. 17).

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Kiel** vom 5. Februar 1918.

Nach § 14 der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten, vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171, ArbVers. 1917 S. 177) unterliegen Personen, die eine die Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung begründende Beschäftigung vor ihrem Eintritt in den vaterländischen Hilfsdienst nicht ausgeübt haben und auch nach dessen Beendigung voraussichtlich nicht ausüben werden, wegen einer im vaterländischen Hilfsdienst übernommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung der Versicherungspflicht nur dann, wenn sie binnen zwei Monaten nach der Verkündigung obiger Verordnung oder, sofern das Beschäftigungsverhältnis

später beginnt, nach diesem Zeitpunkt von dem Arbeitgeber die Leistung von Beiträgen verlangen. Eine Anzahl bestimmt bezeichneter Personen, die bei der stellvertretenden Militär-Intendantur beschäftigt sind oder waren, haben die Leistung von Beiträgen nicht verlangt. Die Intendantur verlangte daher Erstattung der irrtümlich verwendeten Beiträge. Die Landesversicherungsanstalt hat den Anspruch bestritten, weil die Beiträge rechtsgültig und daher auch rechtswirksam verwendet seien; sie seien als Pflichtbeiträge zu behandeln und gemäß § 14 der Verordnung einer Beanstandung wegen Versicherungsfreiheit entzogen.

Das Versicherungsamt hat den Erstattungsanspruch abgewiesen aus folgenden Gründen:

. . . In der Sache selbst ist unstreitig, daß bei den von der Intendantur im Hilfsdienst beschäftigt gewesenen Personen Invalidenversicherungspflicht nicht bestanden hat. Für die Frage, ob aus diesem Grunde die ohne gesetzliche Verpflichtung und irrtümlich geleisteten Arbeitgeberbeitragsteile zurückerstattet verlangt werden können, ist wesentlich die Bestimmung der Hilfsdienst-Bundesratsverordnung vom 14. Februar 1917 im § 14 Abs. 2; hiernach ist eine Beanstandung der Beiträge wegen Versicherungsfreiheit unzulässig. Streitig ist unter den Parteien, ob hiermit gesagt sein soll, daß lediglich den Versicherungsträgern die Beanstandung wegen Versicherungsfreiheit untersagt sein soll, nicht also z. B. dem Arbeitgeber wie vorliegend seitens der Intendantur behauptet wird oder ob nach dem Willen des Gesetzgebers die Beanstandung wegen Versicherungsfreiheit ganz allgemein für unstatthaft erklärt werden sollte, d. h. also sowohl für den Versicherungsträger als auch den Arbeitgeber und den Versicherten. Auf diese Zweifelsfrage gibt die Verordnung selbst keine Antwort. Man wird daher auf die gesetzgeberischen Motive, die für die Verordnung maßgebend waren, zurückgreifen müssen, die ihren Niederschlag in den amtlichen Erläuterungen des Reichsamtes des Innern gefunden haben. (Vgl. Erläuterung zu § 14 in ArbVers. 1917 S. 331, Arch. f. Reichsvers. 25 S. 18.) Hier heißt es: „Den Beschäftigten wird zweckmäßig die Möglichkeit gegeben, sich auch ohne Beteiligung des Arbeitgebers den Vorschriften der RVO. über die Versicherungspflicht zu unterwerfen, da die Versicherten nach § 1439 RVO. die vollen Beiträge an Stelle des Arbeitgebers entrichten können. Dies Ziel wird am einfachsten dadurch erreicht, daß, sofern ohne die vorerwähnte Erklärung Beiträge für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses beigebracht sind, die Beanstandung der Beiträge als ungültig wegen Versicherungsfreiheit nicht gestattet wird. Da eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit in Frage steht, unterliegt es keinem Bedenken, daß derartige Beiträge, obwohl genau genommen Versicherungspflicht nicht bestand, als Pflichtbeiträge zu behandeln sind. Eine ausdrückliche Vorschrift hierüber erschien entbehrlich."

Der gesetzgeberische Wille ist also offenbar der, daß die Beanstandung der Beiträge ganz allgemein unzulässig sein soll, d. h. sowohl für den Versicherungsträger als auch für den Arbeitgeber. Es soll nicht im Belieben des Arbeitgebers stehen, das Rückforderungsrecht geltend und dadurch unter Umständen den Rentenanspruch einseitig von seinem Willen abhängig zu machen. In dieser Beziehung ist gerade der Hinweis der amtlichen Erläuterung auf den Tatbestand des § 1439 RVO. überzeugend. Dem entspricht es auch, daß die amtliche Erläuterung die Beiträge als Pflichtbeiträge behandelt wissen will. Wenn nun diese amtlichen Erläuterungen auch keine Gesetzeskraft für sich beanspruchen können, so darf ihnen doch immerhin bei der Auslegung von Zweifelsfragen eine gewisse ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden. Das Versicherungsamt hat sich daher bei der Auslegung der Zweifelsfrage auf den Boden der in der amtlichen Erläuterung vertretenen Auffassung gestellt. Der Antrag auf Rückerstattung der von der Intendantur in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber entrichteten Invalidenversicherungsbeiträge ist daher nicht begründet, weil eine Beanstandung wegen Versicherungsfreiheit dem Arbeitgeber nach dem Willen des Gesetzgebers nicht gestattet sein soll.

Aber auch aus einem anderen Grunde hätte dem Antrage nicht stattgegeben werden können: Für den Rückerstattungsanspruch fehlt es an der gesetzlichen Grundlage. Die Beitragserstattung ist in der Verordnung selbst nicht vorgesehen. Nun spricht die Verordnung zwar im § 19 aus: „Der Reichskanzler wird ermächtigt, weitere Bestimmungen zur Durchführung der Versicherung zu erlassen. Soweit dies nicht geschieht oder diese Verordnung nichts anderes ergibt, sind die Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung sinngemäß anzuwenden. Hiernach kann die „sinngemäße" Anwendung sonstiger reichsrechtlicher Vorschriften aber nicht weiter ausgedehnt werden als „die Durchführung der Versicherung" zur Frage steht. Bei dem von der Intendantur geltend gemachten Anspruch handelt es sich aber nicht hierum, sondern um die Geltendmachung eines „Erstattungsanspruchs".

Die Berufung der Intendantur auf § 1446 und 1459 RVO. geht daher fehl. Auch setzt der § 1459 RVO. „Streit über die Beitragsleistung" voraus, d. h. Streit darüber, ob die Voraussetzung der Beitragsleistung (Versicherungspflicht oder Versicherungsrecht) vorliegt. Der Erstattungsanspruch als solcher findet im § 1459 RVO. nicht seine Grundlage. Eine andere Bestimmung, auf die die Intendantur ihren Erstattungsanspruch stützen könnte, ist nicht ersichtlich. Hiernach rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Wünsche zur Sozialversicherung an den Reichstag.

Dem Reichstag ist das 18. Verzeichnis der bei ihm während seiner gegenwärtigen Tagung eingegangenen Petitionen zugegangen. Unter den aufgeführten rund 550 Eingaben befinden sich wieder auch solche, welche die soziale Versicherung betreffen. Die Generalkommission der Gewerkschaften Deutschlands in Berlin bittet um Änderung der §§ 180, 165, 178, 304, 149 und 936 ff. der RVO.: Erhöhung des anrechnungsfähigen Tagesentgelts für den Grundlohn, der Höchstgrenze des Jahresarbeitsverdienstes für die Pflichtversicherungen auf 5000 ℳ, der Grenze für das Weiterverbleiben in der Versicherung auf 6000 ℳ und Neufestsetzung der Ortslöhne und des Jahresarbeitsverdienstes für landwirtschaftliche Arbeiter. Der Verband der Gastwirtsgehilfen in Berlin bittet um Unterstellung aller im Gastwirtsgewerbe tätigen Personen unter die Unfallversicherung und Errichtung einer besonderen Berufsgenossenschaft hierfür. In einer anderen Eingabe bittet die Generalkommission der Gewerkschaften um Wiedereinführung der obligatorischen Krankenversicherung der Heimarbeiter und Ausdehnung der Invalidenversicherung auf alle Hausgewerbetreibenden.

Eine Reihe von Eingaben sind der Niederschlag der Auseinandersetzungen über eine Verschmelzung der Angestellten- mit der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Von einer solchen Zusammenlegung bitten abzusehen: der Kaufmännische Verband für weibliche Angestellte in Frankfurt a. M., der Ortsausschuß der Angestelltenversicherung in Kreuznach, der Gesamtverband katholischer kaufmännischer Gehilfinnen und Beamtinnen Deutschlands in Köln und der Deutsche Werkmeister-Verband in Düsseldorf, der zugleich für einen weiteren Ausbau der Angestelltenversicherung, besonders der Versicherungsleistungen, eintritt. Der Bund der Technischen Angestellten in Berlin-Friedenau und die Arbeitsgemeinschaft freier Angestelltenverbände in Berlin bitten um Erhöhung der Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung auf 8000 ℳ. Den gleichen Wunsch äußern auch der Hauptausschuß für die staatliche Pensionsversicherung der Privatangestellten in Leipzig und die Siebener-Kommission des Hauptausschusses in Hamburg.

Die Frage der Reichsmutterschaftsversicherung wird wieder vom Deutschen Bund für Mutterschutz in Breslau angeschnitten, der um Erlaß eines einschlägigen Reichsgesetzes ersucht. Das Gewerkschaftskartell in Riesa bittet um Einführung einer Mutterschaftsversicherung, Errichtung von Gesundheitsämtern, Regelung der Arbeitslosenversicherung usw. Der Deutsche Ausschuß für Kleinkinderfürsorge in Frankfurt a. M. überreicht die im Sinne der künftigen Bevölkerungspolitik aufzustellenden Forderungen auf dem Gebiete der sozialhygienischen und sozialpädagogischen Fürsorge für Kleinkinder. Die Kleinkinderfürsorge ist überhaupt mit einer größeren Zahl von Eingaben vertreten.

Zahlreiche Eingaben einzelner Personen beziehen sich auf verschiedene Fragen: Gewährung einer Teuerungszulage an sämtliche Alters- und Invalidenrentner, Erhöhung der Invalidenrente, Gewährung von Teuerungszulagen auch an Altersrentner, Erhöhung der Renten überhaupt um 50 v. H. Einige Frauen wünschen Zulagen zu ihren Hinterbliebenenrenten, einige Gesuchsteller bitten um Hilflosenrente, Gewährung von Invaliden- oder Unfallrente, Aufnahme in eine Ortskrankenkasse und ähnliches. Es ist noch in weiten Kreisen unbekannt, daß der Reichstag sich zu solchen Eingriffen in die Verwaltung und Durchführung der sozialen Versicherung nicht berufen ist.

Die Lippischen Zieglerkrankenkassen.

Der § 518 RVO., auf Grund dessen die Krankenkassen verpflichtet werden können, an gewisse Ersatzkassen $^4/_5$ der nach § 517 Abs. 2 für die Ersatzkassenmitglieder eingehenden Beitragsteile der Arbeitgeber abzuführen, erwähnt u. a. besonders auch die Ersatzkassen der Ziegler. Das mag dem Uneingeweihten verwunderlich erscheinen. Die Reichstagskommission, auf deren Beschluß der § 518 eingefügt worden ist, hat aber durch die Erwähnung der Zieglerkassen der besonderen Stellung, welche gerade die freien Hilfskassen der Ziegler in Lippe in der Geschichte der deutschen Krankenversicherung einnehmen, Rechnung getragen.

Das Fürstentum Lippe ist von alters her der Wohnsitz zahlreicher Ziegler. Sie arbeiten (wenigstens in Friedenszeiten war es so) im Sommer über ganz Deutschland verstreut. Die Wintermonate bringen sie zu Hause bei ihren Familien zu. Die Eigenart und Gesundheitsgefährlichkeit ihres Berufs brachte es mit sich, daß sie sich schon vor langen Zeiten private Unterstützungskassen schufen, die bis auf den heutigen Tag erhalten geblieben sind. Die Lippischen Zieglerkrankenkassen bestehen zum Teil seit 30, 40 oder 50 Jahren und können auf eine segensreiche Tätigkeit zurückblicken. Die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung und der Reichsversicherungsordnung hat ihnen keinen Abbruch getan. Bei eintretenden Krankheiten lassen sich die Ziegler gern zu Hause bei ihren Familien pflegen und nehmen dort die ihnen bekannten Ärzte in Anspruch. So kam es, daß sie bei Einführung des Krankenversicherungsgesetzes ihren eingeschriebenen Hilfskassen treu blieben, deren Mitgliedschaft sie gemäß § 75 KVG. von der Zugehörigkeit zur Zwangskasse entband. Sie erzielten damit den Vorteil, trotz häufigen Wechsels des Arbeitgebers immer Mitglied derselben Krankenkasse zu bleiben. Diese Kassen haben Mitglieder, die ihnen schon seit 30 Jahren oder länger angehören. Bei dieser Sachlage ist es nur verständlich, daß die Reichsversicherungsordnung in § 518 auch den Zieglerkrankenkassen als Ersatzkassen das gleiche Recht einräumt, wie anderen altbewährten Hilfskassen, z. B. denen der Handlungsgehilfen oder der Bureauangestellten.

Am 1. Juli 1914 hatten die Lippischen Zieglerkrankenkassen 39 193 Mitglieder. Durch den Krieg ist die Zahl der Mitglieder sehr zurückgegangen. Nicht nur, daß viele Ziegler zur Fahne einberufen sind, es liegen auch die meisten Ziegeleien vollständig still. Viele der 21 Ziegler-Ersatzkrankenkassen sind daher in wirtschaftliche Bedrängnis geraten. Die Satzungen der Kassen besitzen manche Eigenheiten. So sind z. B. die Ziegelmeister ermächtigt, von den bei ihnen in Arbeit stehenden Mitgliedern die Beiträge für das

ganze Jahr zu erheben und einzusenden. Die Ziegelmeister haben auch noch manche sonstige Obliegenheit (Meldepflicht usw.), wie sie sonst Arbeitgebern zukommt. Die Leistungen gehen in der Regel nicht über die Regelleistungen der Reichsversicherungsordnung hinaus.

Das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung in Berlin wünscht eine Zusammenlegung der Zieglerkrankenkassen. Anfang Februar 1918 fand eine Versammlung von Vertretern der Zieglerkrankenkassen — die einen Verband besitzen — statt, die sich nur mit der Verschmelzungsfrage beschäftigte. Man einigte sich dahin, die kleineren Kassen zusammenzulegen, so daß nur noch 4 oder 5 größere Kassen weiter bestehen. Die übrigen bisherigen Kassen sollen als örtliche Verwaltungsstellen bestehen bleiben. Eine Anregung, alle Kassen zu einer einzigen zusammenzulegen, fand nicht die gleiche Unterstützung. Über die Art der Zusammenlegung waren die Meinungen verschieden, aber einig waren die Vertreter aller Kassen darin, daß die Lippischen Ziegler-Krankenkassen bisher segensreich gewirkt haben und unbedingt erhalten bleiben müssen, wenn auch die Form geändert würde. Es wurde nach eingehender Beratung beschlossen, drei Vertreter nach Berlin zu senden, um mit dem Kaiserlichen Aufsichtsamt zu verhandeln.

Eine Reichsorganisation für die Wohnungsfrage der Privatangestellten.

Am 23. Januar haben in Berlin 46 Verbände männlicher und weiblicher Angestellten aller Berufe, zum Teil durch eigene Vertreter, zum Teil vertreten durch eine der fünf Arbeitsgemeinschaften, in denen sie zusammengeschlossen sind, Maßnahmen gegen die Wohnungsnot ihres Standes nach dem Kriege zu treffen beschlossen, und zwar in enger Anlehnung an die auch sonst für die besonderen Bedürfnisse ihres Standes wirkende Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. An den Beratungen war diese Behörde beteiligt. In fortgesetztem Einvernehmen mit ihr hat ein aus sämtlichen Arbeitsgemeinschaften gebildeter siebengliedriger Ausschuß inzwischen den jener Versammlung vorgelegten Plan einer „Gemeinnützigen Aktien-Gesellschaft für Angestellten-Heimstätten" durchgearbeitet; dazu hat er Richtlinien aufgestellt, nach denen eine solche gemeinsame Wirtschaftsgesellschaft aus Angestelltenverbänden, beteiligten Arbeitgebern, Reichsversicherungsanstalt und womöglich auch Stadtgemeinden die Wohnungsfrage der Angestellten einer Lösung entgegenführen könnte.

Das Ergebnis ist vorbehaltlich der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte erforderlichen Zustimmung des Reichskanzlers, auf die gerechnet werden darf, der Beschluß, die Gesellschaft zunächst mit einem Kapital von 3 Millionen Mark unverzüglich zu gründen; ihr Geschäftsgebiet soll das Deutsche Reich, der Sitz Groß-Berlin sein. In einem Aufsichtsrate von 15 bis höchstens 21 Mitgliedern soll ein Vertreter der Reichsversicherungsanstalt den Vorsitz übernehmen, im übrigen den Angestelltenverbänden als den Gründern ein entsprechender Einfluß gesichert und auch Aktionären aus Kreisen der Arbeitgeber und der Gemeindeverwaltungen eine dem Umfange ihrer Zeichnungen angemessene Anzahl Sitze vorbehalten sein. Die Aktien werden als Namenspapiere zum Nennwerte von je 1000 M begeben; außerdem sind 1 v. H. des gezeichneten Betrages als Gründungsbeihilfe neben der mit 50 v. H. festgesetzten Vareinzahlung vom Nennwert zu leisten. Der Aufschlag wird später bei der ersten Ausschüttung eines Reingewinnes ohne Verzinsung zurückerstattet. Die Verzinsung der Aktien ist mit 5 v. H. als höchstem Ertrage begrenzt. Mit einem sehr erheblichen Betrage wird sich voraussichtlich die Reichsversicherungsanstalt beteiligen, entsprechende Summen stehen von den Gründerverbänden in Aussicht. Weitere Zeichnungsanmeldungen können schon jetzt an den Vorsitzenden des „Wohnungsausschusses der Angestelltenverbände" Hans Bechly in Hamburg, Holstenwall 4, oder auch an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf gerichtet werden. Bei Überzeichnung des oben genannten Grundkapitals hat der Ausschuß dessen sonst später nachzuholende Erhöhung für sofort in Aussicht genommen.

Nach den Richtlinien erstrebt die Gesellschaft eine weitgehende Bodenvorratswirtschaft in engem Zusammenwirken mit staatsfiskalischen und städtischen Stellen durch Erwerbung von baureifem bzw. in absehbarer Zeit aufschließbarem Gelände oder von Optionen darauf. Bei dezentralisierten örtlichen Arbeitsorganen wird sich die Leitung der Gesellschaft grundsätzlich den maßgebenden Einfluß auf die finanzielle Sicherheit, auf Billigkeit und Berücksichtigung der Angestelltenbedürfnisse, insbesondere hinsichtlich der Freizügigkeit, in den von ihr geschaffenen oder geförderten Unternehmungen vorbehalten. Je nach den Verhältnissen wird sie sich an bestehenden Einrichtungen wie örtlichen Bau- und Siedlungsgesellschaften beteiligen, vor allem durch Kreditgewährung, erforderlichenfalls selbst örtliche Organe ins Leben rufen und, soweit es noch erforderlich bleibt, auch eigenes Bauen nicht ausschließen. Den nötigen Realkredit darf sie von der Angestelltenversicherung erwarten. Daneben gedenkt sie Schuldverschreibungen auszugeben, die in vollem Betrage einzahlbar und unkündbar, aber tilgungsfähig sein sollen. Das Gesellschaftskapital soll für Boden- und Bauunternehmungen während der Entwicklungszeit nicht herangezogen werden. Für die Bezieher der Wohnungen ist außer käuflichem Erwerb einzelner Häuser gegen Anzahlung oder Rente die leichte Erwerbung einer baldigen Kaufanwartschaft, aber auch dauernd ein reines Mietverhältnis zugelassen. Für Angestellte ohne eigenen Haushalt wird versucht werden in Ledigenheimen und eingerichteten Wohnungen eine gesunde, würdige Unterkunft zu bieten. Als Grundsatz ohne Ausnahme gilt für Beleihungen, Käufe und Kaufanwartschaften eine strenge, regelmäßige Tilgung. Alle an der Wohnungsfrage des Mittelstandes beteiligten Kreise, sei es für Aktienzeichnungen, sei es zur Kreditbeschaffung für die Unternehmungen der Gesellschaft, hofft man in mehr oder minder großem Maße zu gewinnen; außer der Angestelltenversicherung sonstige öffentliche Versicherungsträger, sodann Reich, Bundesstaaten, Gemeindeverbände und Gemeinden, Staats- und Gemeindebetriebe, gewerbliche und kaufmännische Unternehmungen, Stiftungen und hervorragende Privatpersonen des Wirtschaftslebens.

Obschon durch die Berufsverhältnisse der Angestellten hauptsächlich auf Großstädte und Industriegebiete hingewiesen, wird die Gesellschaft doch nach Kräften den Flachbau pflegen. Im Hochbau sollen regelmäßig nicht mehr als drei Geschosse gebaut werden dürfen, bei denen Querlüftung und unmittelbare Lichtzufuhr für sämtliche Wohnräume gewährleistet sein muß. Siedlungspläne, Grundrisse und technische

Berechnungen wird die Leitung im allgemeinen sich vorbehalten, jedoch die äußere Gestaltung und den inneren Ausbau der Häuser in weitestem Maße dem Einflusse der behördlichen und baukundigen Stellen an dem jeweiligen Siedlungsorte unterwerfen. Letzteres gilt, ungeachtet des Strebens nach Typisierung der Bauformen und Verbilligung der Baustoffe durch einheitliche Beschaffung derselben in den ja für dieses Gebiet verhältnismäßig eng gezogenen Grenzen, ebenso für die Bauausführung am einzelnen Platze. Eine Bankabteilung, über die der gesamte Geldverkehr der angeschlossenen örtlichen Siedlungs- und Baugesellschaften erfolgen muß, sowie eine Beratungs- und Auskunftsstelle über alle im Kleinwohnungswesen gesammelten Erfahrungen wird die Leitung der Gesellschaft sich angliedern. Dem aus Fachkreisen des gemeinnützigen Bauwesens und tüchtigen Kaufleuten gebildeten Gesellschaftsvorstande soll ein ständiger ehrenamtlicher Beirat aus anerkannten Sachverständigen zur Seite treten, dem je ein Sozialpolitiker für Siedlungs- und Wohnungsfragen, ein Kommunalpolitiker, ein Hygieniker, ein bautechnischer Fachmann und ein Bankfachmann für Grundkredit angehören.

Schließlich wurde über die **Reihenfolge der Wohnungsanwärter** folgendes beschlossen: Käufer, die den durch Hypotheken nicht gedeckten Teil des Anlagekapitals selbst zahlen, können, da sie die Gesellschaftskasse nicht belasten, ohne weiteres versorgt werden. Im übrigen werden mit Kaufanwartschaft vermietete Häuser oder reine Mietwohnungen zunächst den Mitgliedern solcher Verbände oder den versicherten Angehörigen beteiligter Gemeinden oder Angestellten solcher Arbeitgeber bereitzustellen sein, die das Unternehmen durch Zeichnung von Aktien oder durch Abnahme von Schuldverschreibungen fördern. Dabei richtet sich die Reihenfolge der Zuteilungen nach einem Schlüssel, der Aktien mit dem doppelten Betrage wie festverzinsliche Schuldverschreibungen zugrunde legt. Hiernach verbleibende Wohnungen stehen sonstigen versicherten Angestellten zur Verfügung. Unter Gleichberechtigten entscheidet das Los.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Abhilfe gegen rechtskräftige Abweisung eines Rentenantrags.

1. L. 22 in B. Antwort: Ihre Darstellung des Sachverhalts ermöglicht nicht eine endgültige Beurteilung der Rechtslage. Aus ihr ist nicht ersichtlich, zu welchem Zeitpunkt Ihr Vater die erforderlichen Urkunden auffand. Geschah dies noch vor Ablauf der Berufungsfrist, so läßt sich jetzt gegen das rechtskräftige Urteil nichts mehr machen. Denn dann sind die Voraussetzungen weder für die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, noch für die Wiederaufnahme des Verfahrens erfüllt. Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wird erteilt, wenn der Beteiligte durch unabwendbare Zufälle verhindert worden ist, eine gesetzliche Verfahrensfrist einzuhalten (§ 131 RVO.). Ihrem Schreiben entnehmen wir aber, daß Ihr Vater die Beweise bereits beibringen konnte, als die Berufungsfrist noch nicht abgelaufen war. Sicherlich ist seit Auffindung der Beweise abermals die Frist abgelaufen, so daß schon aus diesem Grunde die Wiedereinsetzung nicht mehr erteilt werden könnte (§ 132 Abs. 1 RVO.). Die Wiederaufnahme des Verfahrens ist nur zulässig, wenn die Partei die Urkunde nachträglich, d. h. nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung auffindet oder zu benutzen in Stand gesetzt wird. (§ 1723 Ziff. 6 RVO.) Diese Voraussetzung ist aber nicht erfüllt, wenn Ihr Vater die Urkunden noch vor Ablauf der Berufungsfrist beibringen konnte. — Die Möglichkeit einer Abhilfe bietet aber noch der § 1319 RVO., wonach die Versicherungsanstalt eine neue Feststellung treffen kann, wenn sie sich bei erneuter Prüfung überzeugt, daß die Gewährung der Rente mit Unrecht abgelehnt worden ist. Die Anstalt darf also der im vorliegenden Falle sich aufdrängenden Billigkeitsrücksicht folgen. Wir empfehlen, mit einem entsprechenden Gesuch an die Anstalt heranzutreten.

Familienhilfe nur durch den Kassenarzt. Wirkung gegenüber dem Armenverbande.

2. Nach Stettin. Antwort: Allerdings ist die Kasse befugt, die ärztliche Behandlung für Familienangehörige der Versicherten auf Behandlung durch den Kassenarzt zu beschränken; aber das hat keine weitergehende Wirkung, als eine entsprechende Beschränkung bei der Behandlung der Versicherten selbst, und in diesen Fällen ist es doch anerkannter Grundsatz, daß die Kasse den Ersatzanspruch des Armenverbandes nicht deshalb ablehnen kann, weil dieser die Krankenhilfe durch einen anderen Arzt oder in der Form der Krankenhauspflege gewährt hat. Denn für den Anspruch des Armenverbandes kann es nur darauf ankommen, daß er in der Weise, wie er auch sonst Armenpflege übt, dem Versicherten das gewährt hat, was ihm die Kasse in ihrer Weise hätte gewähren müssen, wenn er sich an sie statt an den Armenverband gewandt hätte. Gleiches muß auch gelten, wenn es sich um Leistungen für einen Angehörigen des Versicherten handelt. Aus der Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2370, Amtl. Nachr. 1917 S. 541, ArbVers. 1917 S. 700 können Sie das Gegenteil nicht herleiten. Vielmehr verweist die Entscheidung am Schlusse gerade auf den hier erwähnten Grundsatz, wie er z. B. in der dort angeführten Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1913 S. 34 ausgedrückt ist.

Übergang von Rechten und Pflichten bei Ausscheidung von Kassenteilen infolge von Eingemeindung.

3. Nach Sterkrade. Antwort: Sie scheinen anzunehmen, daß durch die am 1. Januar d. Js. in

Kraft getretene Eingemeindung eines Ortsteils die davon betroffenen Mitglieder der Landkrankenkasse ohne weiteres zur Ortskrankenkasse übergegangen sind. Das ist irrig. Es handelt sich um einen Fall der Auseinandersetzung zwischen beteiligten Kassen nach § 298 Abs. 1 Ziff. 1 RVO., auf die nach Abs. 2 die §§ 286 bis 297 entsprechend anzuwenden sind. Die Ausscheidung des von der Änderung der Gemeindebezirke betroffenen Kassenteils vollzieht sich nicht von selbst, sondern wird erst durch einen Beschluß des Oberversicherungsamts mit dem darin zu bestimmenden Tage wirksam; diesem Beschlusse soll die Auseinandersetzung vorangehen (§§ 280, 284, 286, 298 Abs. 2). Erst mit dem vom Oberversicherungsamt festgesetzten Tage gehen Rechte und Pflichten des aufgenommenen Kassenteils, soweit sie sich auf die davon betroffenen Mitglieder beziehen, auf die aufnehmende Kasse über, der diese Mitglieder fortan anzugehören haben (§§ 288, 289, 298 Abs. 2). Mindestens bis zu jenem Tage kann daher ein Anspruch auf Rückzahlung überhobener Beiträge nur gegen die Landkrankenkasse, die sie zu Unrecht empfangen hat, erhoben werden, nicht gegen die Ortskrankenkasse, zu der das Mitglied, für das die Beiträge gezahlt wurden, übergehen wird. Aber auch nach diesem Übergange wurde ein solcher Anspruch, dessen innerer Grund doch die grundlose Bereicherung ist, gegen die Ortskrankenkasse nur begründet sein, soweit diese bei der Auseinandersetzung über das Vermögen (§§ 293, 294) mehr als die auf sie entfallenden Mitgliederkopfteile erhalten hat.

Kassenzugehörigkeit von Holzfällern.

4. **Nach Schleiden.** Antwort: Die Angaben des Josef H. in dem Protokoll v. 4. 3. 18 sind nicht hinlänglich klar, um ein sicheres Urteil über seine versicherungsrechtliche Stellung zu gewinnen. Wenn er angibt, daß er in den Holzschlägen etwa 30 Leute für seine eigene Rechnung beschäftige und „als Unternehmer gelte", so fragt es sich eben, ob er mit Recht als Unternehmer gilt. Die Holzschläge stammen, wie er sagt, teils von der Königlichen, teils von der Herzoglichen Forstverwaltung, teils von Privaten her; die Arbeiter werden von ihm angenommen und gelöhnt. Das würde nicht ausschließen, daß er nur als Mittelsperson (Akkordant) anzusehen ist und daß die Arbeiter in einem mittelbaren Beschäftigungsverhältnisse zu den Forstbesitzern als Unternehmern stehen. Daß er selbst angibt, seit August 1917 „als Holzarbeiter in der Forstwirtschaft" beschäftigt zu sein, unterstützt diese Annahme. Eine zuverlässigere Beurteilung wäre nur auf Grund näherer Kenntnis aller Umstände, insbesondere der mit den Forstbesitzern getroffenen Abmachungen über die ihm zustehende Vergütung usw. möglich. Aber auch wenn man ihn selbst als Unternehmer ansehen müßte, so wäre sein Unternehmen nicht ein gewerbliches, sondern ein forstwirtschaftliches, weil, wie er angibt, das Holz von ihm „nur gefällt und teilweise zerschnitten", nicht auch abgefahren wird. Die hierbei beschäftigten Arbeiter sind jedenfalls in der Forstwirtschaft beschäftigt (bayer. VGH. in ArbVers. 1913 S. 631) und gehören daher in die Landkrankenkasse.

Einfluß eines Vergleichs zwischen Verletztem und Schädiger auf den Anspruch der Kasse aus § 1542 RVO.

5. **Nach F.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse wurde von einem Militärfuhrwerk überfahren und war infolge der erlittenen Verletzungen etwa zwei Monate arbeitsunfähig. Unsere Aufwendungen an Krankenhilfe betragen 225,37 *M*, wobei wir als Entgelt für ärztliche Behandlung und Gewährung von Medikamenten $^3/_8$ des Grundlohnes in Ansatz brachten. Die militärische Stelle, die wir zur Erstattung dieses Betrages nach § 1542 RVO. aufforderten, übersandte uns eine von dem Verletzten ausgestellte Quittung über 150 *M* nebst seiner Erklärung, daß er für jetzt oder später an die militärische Stelle oder an sonst jemanden aus Anlaß des erlittenen Unfalles oder dessen Folgen keinerlei Ansprüche mehr stellen werde. Die militärische Formation sei daher nicht in der Lage, den Betrag von 225,37 *M* an die Krankenkasse zu zahlen. Wir bitten um Auskunft, ob diese Auffassung richtig ist. Unseres Erachtens besteht der Ersatzanspruch der Kasse zu Recht, unbeschadet einer mit dem Verletzten getroffenen Abmachung.

Antwort: Der Anspruch des Verletzten ist gemäß § 1542 RVO. auf die Kasse übergegangen. Daher finden nach § 412 BGB. auch die §§ 404, 407 BGB. Anwendung. Die Kasse braucht danach die Zahlung der Vergleichssumme an den Verletzten gegen sich nur dann nicht gelten zu lassen, wenn sie nachweist, daß der Fiskus zu der Zeit, als er den Vergleich abschloß, diejenigen Voraussetzungen kannte, die den Erstattungsanspruch der Kasse begründeten, daß er also von dem Arbeitsverhältnis und der dadurch bedingten Versicherung Kenntnis hatte. (Vgl. Lehmann, Kommentar, Anm. 13 zu 1542.)

Keine Kürzung der Unterstützungsdauer aus § 188 RVO. wegen früherer Lazarettbehandlung.

6. **Nach Strehlen.** Antwort: Die Kürzung der Unterstützungsdauer gemäß § 188 RVO. ist nur dann zulässig, wenn der Versicherte früher bereits auf Grund der Reichsversicherung oder aus einer knappschaftlichen Krankenkasse Krankengeld oder die Ersatzleistungen dafür bezogen hat. Diesem Erfordernis genügt die von der Militärverwaltung gewährte Anstaltspflege nicht; denn sie erfolgt nicht auf Grund der Reichsversicherung. Demnach stehen dem Versicherten jetzt die vollen Kassenleistungen zu.

Verwendung von Kassenmitteln zu Beihilfen an einen Verband zur Bekämpfung des Alkoholismus (Guttemplerorden).

7. **Nach Holzminden.** Antwort: Nach § 363 RVO. dürfen die Mittel der Kasse auch „für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung" verwendet werden. Auf Grund dieser Vorschrift halten wir es für unbedenklich, daß die Krankenkassen im Herzogtum Oldenburg dem dortigen Landesverbande des Guttemplerordens in angemessenen Grenzen Beträge zur Förderung der Zwecke des Verbandes zuwenden. Denn die Gelder des Verbandes dürfen (nach den Angaben der Anfrage) bestimmungsgemäß nur für Zwecke der Bekämpfung des Alkoholismus verwendet werden. Der Alkoholmißbrauch aber ist die Ursache nicht nur der in der besonderen Form des „chronischen Alkoholismus" erscheinenden schweren Krankheit, sondern auch der Schwächung des Organismus im allgemeinen und somit zahlreicher Krankheiten, die auf dem Boden verminderter Widerstandsfähigkeit gegen Schädlichkeiten aller Art erwachsen. Somit dient die alkoholgegnerische Arbeit des Landesverbandes und der von ihm vertretenen Ortsgruppen (Logen) der Krankheitsverhütung, und es bedarf, um die Zuwendung von Kassengeldern zu rechtfertigen, nur noch der Feststellung, daß dadurch „allgemeine" Zwecke der Krankheitsverhütung gefördert werden. Wir verweisen auf unsere Ausführungen im Jahrg. 1916 S. 66, wo als Sinn dieser Fassung des Gesetzes auf Grund der Entstehungsgeschichte nach-

gewiesen ist, daß die Verwendung von Kassengeldern auch für Maßnahmen „im Interesse der Allgemeinheit" zulässig sein soll. Dabei ist an Aufwendungen zu denken, die dem Interesse eines zwar über den Mitgliederkreis der Kasse hinausreichenden, aber doch einen erheblichen Teil der Mitglieder mitumfassenden Kreises von Personen dienen. Deshalb ist es irrig, wenn die Ablehnung einer Beihilfe damit begründet wird, daß keine Gewähr bestehe, daß der von einer bestimmten Kasse bewilligte Betrag auch restlos für alkoholgegnerische Arbeit im Wirkungskreise eben dieser Kasse verwendet werde. Das ist eine Einengung des Begriffs der „allgemeinen" Zwecke der Krankheitsverhütung, die ebenso unbegründet ist, wie wenn eine Gewähr dafür verlangt würde, daß auch innerhalb des Kassenbezirks der bewilligte Betrag nur den Mitgliedern der Kasse zustatten kommen solle. Es genügt zur Rechtfertigung der Ausgabe, daß sie den Interessen der Allgemeinheit und damit in erheblichem Maße zugleich den besonderen Interessen der Kasse und ihrer Mitglieder dient. Dabei ist auch das nicht außer acht zu lassen, daß die Arbeit, die der Verband und seine Ortsgruppen außerhalb des Bezirks einer bestimmten Kasse leisten, doch auch insofern den Interessen dieser Kasse dient, als diese jederzeit in die Lage kommen kann, Personen, denen die außerhalb ihres Bezirks entfaltete Tätigkeit zu statten gekommen ist, infolge von Übersiedlungen aufzunehmen. — Zu beschließen sind Bewilligungen dieser Art vom Kassenvorstande und, im Hinblick auf § 345 Abs. 2 Ziff. 1 RVO., auch vom Ausschuß. Um sicher zu gehen, mag die Kasse sich, wie wir es schon im Jahrg. 1916 S. 66 empfohlen haben, des Einverständnisses des Versicherungsamts vergewissern.

Rechtshilfe für Krankenkassen gegenüber dem meldesäumigen Arbeitgeber.

8. Nach S. Antwort: Vorweg ist zu bemerken, daß das Ersuchen v. 6. 12. 17 an das Versicherungsamt, das Ersuchen v. 24. 12. 17 aber an die Ortspolizeibehörde gerichtet und daß auch die an den Regierungspräsidenten gerichtete Beschwerde der Ortskrankenkasse sich ausdrücklich auf das ablehnende Verhalten der Polizeibehörde bezieht. Entsprechend zielt das an uns gerichtete Schreiben auf eine Äußerung darüber ab, ob „das Versicherungsamt oder die Polizeibehörde" verpflichtet ist, die von der Kasse gewünschten Feststellungen zu treffen. Ersichtlich bedeutet das, daß kein Gewicht darauf gelegt wird, ob die Pflicht, wenn sie überhaupt besteht, der einen oder der anderen Stelle obliegt; und dies ist auch sachlich gerechtfertigt, da das Versicherungsamt nur eine Abteilung der unteren Verwaltungsbehörde — des Landratsamts — ist, die zugleich die Aufgaben der Ortspolizeibehörde versieht, und da deshalb die Leitung des Ersuchens an die richtige Stelle nur eine Sache des inneren Dienstes bei der unteren Verwaltungsbehörde ist.

In der Sache selbst halten wir die Beschwerde für begründet. Es handelt sich darum, festzustellen, wann bestimmt bezeichnete Personen bei einem bestimmten Arbeitgeber in versicherungspflichtige Beschäftigung eingetreten sind, und zu diesem Zwecke, da der Arbeitgeber die richtigen Angaben beharrlich verweigert, den Sachverhalt durch Vernehmung von Zeugen und „gegebenenfalls durch Einsichtnahme in die Geschäftsbücher und Lohnbücher des Arbeitgeber" aufzuklären. Die Kasse bedarf dieser Aufklärung, um den Arbeitgeber zur Erfüllung seiner Melde- und Beitragspflicht anzuhalten. Sie hat aber keine Möglichkeit, die erforderliche Aufklärung selbst zu erzwingen. Sie kann allerdings in formloser Weise Erkundigungen einziehen, auch Personen „informatorisch" vernehmen, nicht aber Zeugen förmlich laden und ihre Aussage erzwingen und ebenso nicht den Arbeitgeber zur Vorlegung der Geschäftsbücher und Lohnlisten anhalten. Befugnisse, wie sie den Trägern der Unfall- und der Invalidenversicherung nach §§ 878 ff., 1466 ff. RVO. zustehen, fehlen den Krankenkassen. Sie dürfen und müssen daher, da es sich um den Vollzug des Gesetzes handelt, die Rechtshilfe der „öffentlichen Behörden", also auch sowohl die Hilfe des Versicherungsamts als auch der Ortspolizeibehörde nach § 115 RVO. in Anspruch nehmen, die dann, nötigenfalls unter Anwendung der landesrechtlich gegebenen Zwangsmittel, die erforderlichen Feststellungen zu treffen haben. In Preußen wird das Versicherungsamt, wenn Zwang geübt werden müßte, von den in dieser Hinsicht der Polizeibehörde zustehenden Befugnissen Gebrauch zu machen, also die Sache an die dafür zuständige Abteilung der unteren Verwaltungsbehörde zu leiten haben. Der Polizei gegenüber sind die ihrer Amtsgewalt unterworfenen Personen zur Auskunft verpflichtet, und sie können auf dem im § 132 des Ges. über die allgem. Landesverwaltung bezeichneten Wege zur Erteilung der erforderlichen Auskunft und zur Befolgung einer Vorladung gezwungen werden (zu vgl. v. Brauchitsch, Anm. 226 zu § 127 des Ges. und die daselbst angeführten Entscheidungen). Die Auskunftspflicht schließt auch die Pflicht des Arbeitgebers ein, in den Grenzen des Erforderlichen Einsicht in Bücher, Listen und andere Schriften zu gewähren.

Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz gegen den Schwänger der unehelichen Wöchnerin?

9. Nach Stolp. Frage: Die Aufwendungen für Wochenhilfe an uneheliche Wöchnerinnen nehmen bei den Ausgabeposten einen immer größeren Raum ein. Nachdem durch den Bundesrat die Wochenhilfeaufwendungen mit Ausnahme des Wochengeldes allgemein bis zur Höhe der Kriegswochenhilfe ausgedehnt sind, ist es unmöglich, daß zwischen den Leistungen der Versicherten und den Gegenleistungen der Krankenkasse ein Ausgleich herbeigeführt werden kann. Die Gewährung der Wochenhilfe kann hiervon natürlich nicht abhängig gemacht werden. Es muß aber alles getan werden, die Ausgaben auf ein erträgliches Maß zurückzuführen. Hier kann nur durch Ersatz geholfen werden. Leistet die Kasse die Wochenhilfe nach § 12 der Verordnung vom 23. 4. 1915, so hat sie nach § 14 a. a. O. einen Anspruch auf Ersatz gegen den zuständigen Lieferungsverband. Die in ArbVers. 1915 S. 744 unter Ziff. 4 veröffentlichte Auskunft steht hiermit nicht in Einklang und trifft nicht zu, denn es ist wohl von Bedeutung, ob der Schwängerer Kriegsteilnehmer ist oder nicht. Die etwa zum Ersatz in Anspruch genommene Kasse wird dann immer nichts ersetzen, wenn nach § 14 der Verordnung vom 23. 4. 1915 vom Lieferungsverbande Ersatz beansprucht werden kann. — Ist der außereheliche Schwängerer nicht Heeresangehöriger, so muß die Krankenkasse die ganze Wochenhilfe aus eigenen Mitteln leisten. Hier muß der außereheliche Schwängerer in Anspruch genommen werden können. Nach dem Kommentar von Hoffmann zu § 195 RVO. S. 201 geht der Anspruch der Geschwängerten gegen den außerehelichen Schwängerer nach § 1542 RVO. auf die Krankenkasse über. Das ist auch in Entsch. des preuß. OVG. vom 28. 3. 1892 Bd. 23 S. 301, ArbVers. 1903 S. 268 zum Ausdruck gebracht. Hoffmann spricht sich a. a. O. sogar darüber

aus, daß die Kasse auf die Geltendmachung des auf sie übergegangenen Anspruchs der unehelichen Mutter auf Erstattung der Kosten der Entbindung und des Unterhalts während der ersten sechs Wochen nach der Entbindung nicht verzichten dürfe. Bei dieser Sachlage sind die sich stets widersprechenden Auskünfte in Zeitschriften nicht zu verstehen. (Vgl. ArbVers. 1914 S. 176 Ziff. 7, 1915 S. 25 ff., 1916 S. 23, 226 ff. und 694). — Nachdem das OVG. in der Angelegenheit bereits bejahend entschieden hat, sind wir der Ansicht, daß die Kasse ihre Aufwendungen, vielleicht unter Fortfall des Stillgeldes, von dem außerehelichen Schwängerer mit Recht fordern und nötigenfalls einklagen kann. Wir bitten um Mitteilung über die dortige Stellungnahme.

Antwort: Sie sind durchweg im Irrtum. Im ersten Punkt übersehen Sie, daß es sich in unserer Auskunft 1915 S. 744 Ziff. 4 um eine gegen Krankheit versicherte Wöchnerin handelt, für deren Anspruch auf Wochenhilfe der § 8 der Bek. v. 3. 12. 14 maßgebend war. Der § 14 der Bek. v. 23. 4. 15, aus dem Sie den Ersatzanspruch gegen den Lieferungsverband herleiten, bezieht sich aber nur auf minderbemittelte Wöchnerinnen, die nicht schon auf Grund der Bek. v. 3. 12. 14 (oder 28. 1. 15) Anspruch auf Reichswochenhilfe haben (§§ 1 ff. der Bek. v. 23. 4. 15). — Im zweiten Punkte haben Sie keinen Anlaß — wenigstens soweit es sich um unsere Zeitschrift handelt — von den „sich stets widersprechenden Auskünften" zu sprechen. In 1914 S. 176 haben wir unsere Auffassung, daß der Kasse ein Ersatzanspruch gegen den Schwängerer zustehe, ausgedrückt, dabei aber darauf hingewiesen, daß die Frage streitig sei, und in den Auskünften 1916 S. 23 und S. 694 haben wir den Hinweis auf die Zweifelhaftigkeit wiederholt. Die beiden anderen von Ihnen noch angezogenen Stellen enthalten überhaupt keine von uns zu vertretenen „Auskünfte". ArbVers. 1915 S. 28 ff. enthält einen Aufsatz von Hoffmann, der (unter stillschweigendem Widerruf seiner im Kommentar, Anm. 6 zu § 195 RVO. vertretenen Auffassung) den Ersatzanspruch gegen den Schwängerer verneint, während in ArbVers. 1916 S. 226 ff. eine in gleichem Sinn ergangene und eine entgegengesetzte Entscheidung abgedruckt sind. Wir können an der Tatsache, daß die Sache zweifelhaft und streitig ist nichts ändern. Durch die Entscheidung des preuß. OVG. sind die Zweifel keineswegs endgültig gelöst, da die Entscheidung unter der Herrschaft des KrVersGes. ergangen ist.

Wiedereintritt des Kriegers in die Krankenversicherung; Rückkehr in die Heimat.

10. Nach R. Antwort: Auch der zum Garnisondienst einberufene und in der Nähe seines Heimatortes diensttuende Mann hat dem Reiche Kriegs- oder ähnliche Dienste geleistet und kann daher binnen sechs Wochen seiner Rückkehr in die Heimat in die nach § 314 Abs. 1 erloschene Mitgliedschaft bei seiner Kasse wieder eintreten (§ 3 Ges. v. 4. 8. 14). Dabei ist unter Rückkehr in die Heimat eine Rückkehr für längere Zeit zu verstehen, die dem Manne die Wiederaufnahme seines bürgerlichen Lebens ermöglicht (RVA. in ArbVers. 1916 S. 821). Diese Möglichkeit war ihm nicht gegeben, solange er, wenngleich nur 32 Kilometer vom Heimatsort entfernt, Dienst tat oder krank im Lazarett lag. Auch die kurzen Beurlaubungen von 4 bis 6 Tagen kommen dabei nicht in Betracht. Erst durch seine Entlassung aus dem Heeresdienst ist er in die Lage gekommen, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen, sich seiner Familie, wenn er eine solche hat, zu widmen, wieder in seine frühere Beschäftigung einzutreten oder sich nach einer neuen umzusehen usw. Erst mit diesem Zeitpunkt begann daher im vorliegenden Falle die Sechswochenfrist. Von dem Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung kann der Wiedereintritt nicht abhängig gemacht werden.

Anspruch der obsiegenden Partei auf Erstattung von Anwaltskosten.

11. Nach C. Antwort: Das Oberversicherungsamt entscheidet nach §§ 1670, 1674, 1679 RVO., ob und in welchem Betrage die unterlegene Partei dem Gegner seine Kosten zu erstatten hat. Dazu können auch Kosten der Vertretung durch einen Rechtsanwalt gehören. Weder der Umstand, daß die obsiegende Klägerin „sehr intelligent und energisch" ist, noch der Verdacht, daß sie sich „für zu fein dünkte", sich selbst zu vertreten, reicht hin, ihr die Erstattung der Anwaltskosten abzusprechen; sondern es sind die gesamten Umstände des Falles zu berücksichtigen, um danach pflichtmäßig zu ermessen, ob die Vertretung durch einen Anwalt zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendig war. Die Kasse hatte die Klägerin „wegen Simulationsverdacht" in ein Krankenhaus gewiesen und ihr die Kassenleistung versagt, weil sie der Einweisung nicht folgte. Es stand daher für die Klägerin außer dem Vermögensanspruch auch die Reinigung von jenem Verdachte auf dem Spiel. Auch eine intelligente und energische Person kann in einem solchen Falle wohl meinen, einer rechtskundigen Vertretung zu bedürfen. Diese Erwägung kann leicht dazu führen, daß der Klägerin Anspruch auf Erstattung der Anwaltskosten zugebilligt wird. Bestimmteres läßt sich nicht sagen, weil eben die gesamten Umstände zu berücksichtigen sind und weil hierbei ein weiter Spielraum für das freie Ermessen der Behörde gegeben ist.

Umfang des Ersatzanspruchs der Kasse in Fällen aus § 1542 RVO.

12. Nach Cassel. Antwort: Die auf Grund des § 1542 RVO. in Anspruch genommene Straßenbahngesellschaft irrt, wenn sie gegenüber den von der Kasse berechneten Pauschbeträgen von 3/8 des Grundlohns für Krankenpflege und 4/8 für den Unterhalt im Krankenhause den Nachweis des wirklich entstandenen Aufwandes verlangt. Nach § 1542 Abs. 2 gilt für das Maß des Ersatzes der § 1503. Die dort bestimmten Pauschbeträge schließen aber die Einrede, daß der tatsächliche Aufwand geringer gewesen sei, aus (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1915 S. 736). Unbegründet ist ferner die Ablehnung des Ersatzes für das Hausgeld, weil dieses eine Unterstützung für die Angehörigen des Versicherten sei, denen ein Anspruch gegen die Straßenbahn nicht zustehe. Forderungsberechtigt wegen des Hausgeldes aus § 186 ist der Versicherte (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 186); ihm also, wenngleich „für" die Angehörigen, hat die Kasse das Hausgeld zu gewähren, und daran wird auch dadurch nichts geändert, daß das Hausgeld nach § 186 Satz 2 unmittelbar an die Angehörigen „ausgezahlt" werden kann. Daher ist auch in Höhe dieses Betrages der Schadenersatzanspruch des Versicherten gegen die Straßenbahn auf die Kasse übergegangen. — Dagegen ist es ganz unbegründet, wenn die Kasse 10 v. H. ihrer Gesamtberechnung als Ersatz für Ver-

waltungskosten zuschlägt. Denn sie erwirbt den Ersatzanspruch des Versicherten gegen die Straßenbahn nur insoweit als sie dem Entschädigungsberechtigten nach der RVO. Leistungen zu gewähren hat, und dazu gehört irgendein Anteil an den Verwaltungskosten nicht. — Anderseits ist wieder die Straßenbahn im Irrtum, wenn sie von der Kasse Rechnungslegung über die gewährten Leistungen und Einsicht in die Belege verlangt. Denn der Übergang des Anspruchs des Versicherten auf die Kasse vollzieht sich nicht erst durch die tatsächliche Leistung der Kasse, sondern schon dadurch, daß die Kasse Leistungen zu gewähren hat. Mithin kann die Straßenbahn nicht verlangen, daß die Kasse nachweist, was sie dem Versicherten tatsächlich gewährt hat. — Endlich wieder ist die Straßenbahn im Recht, wenn sie darauf hinweist, daß ihre Ersatzpflicht der Kasse gegenüber keinesfalls weiter reichen kann als ihre Schadenersatzpflicht gegenüber dem Verletzten. Wir verweisen hierüber auf unsere Auskunft im Jahrg. 1916 S. 744 Ziff. 15 und auf die Ausführungen von **Hahn** in „Betriebskrankenkasse" 1918 S. 19 ff.

Verspätete Anmeldung des Anspruches auf Unfallentschädigung.

13. Nach Lauenburg-Po. Frage: Ein landwirtschaftlicher Arbeiter hat im August 1911 durch Umwerfen eines beladenen Erntewagens einen Unfall erlitten. Er war einige Stunden völlig bewußtlos, erholte sich aber bald wieder und nahm am anderen Tage die Arbeit wieder auf. Eine Unfallanzeige seitens des Arbeitgebers ist nicht gemacht worden, weil der Verletzte nur am Unfalltage arbeitsunfähig war. Nach 3 Monaten stellten sich Krämpfe ein, die ärztlich behandelt wurden. Es trat eine Besserung ein. Von Mai 1912 bis Februar 1913 hat der Arbeiter in Berlin gearbeitet. Es traten wieder Krämpfe ein. Von Februar bis Mai 1913 war er bei seinen Eltern zu Hause, erholte sich wieder und war dann bis September 1913 als Lademeister in Polzin tätig. Wegen häufiger Krampfanfälle mußte er jedoch seine Stelle wieder aufgeben. Er hat dann nur gelegentlich gearbeitet. Seit April 1916 ist er wegen Geisteskrankheit in der Provinzialheilanstalt untergebracht und befindet sich noch dort. Nach der Aussage des Anstaltsarztes ist die Geisteskrankheit auf den Unfall zurückzuführen. Die Berufsgenossenschaft hat die Ersatzleistung abgelehnt, weil der Fall verjährt sei. Ist irgendeine Möglichkeit vorhanden, um die Berufsgenossenschaft zur Ersatzleistung heranzuziehen?

Antwort: Die Berufsgenossenschaft macht offenbar nicht Verjährung, sondern Ausschluß des Entschädigungsanspruchs gemäß § 1546 RVO. geltend. Danach muß dieser, wenn die Unfallentschädigung nicht von Amts wegen festgestellt ist, zur Vermeidung des Ausschlusses spätestens zwei Jahre nach dem Unfall bei dem Versicherungsträger angemeldet werden. Nach Ablauf der Frist kann jedoch gemäß § 1547 RVO. der Anspruch noch geltend gemacht werden, wenn eine neue Folge des Unfalls erst später bemerkbar geworden ist. Diese Voraussetzung ist hier erfüllt; denn die Geisteskrankheit bildet eine solche neue Unfallfolge, nachdem vorher nur Krampfanfälle aufgetreten waren. § 1547 bestimmt weiter, daß der Anspruch nach Ablauf der Frist auch dann noch geltend gemacht werden kann, wenn der Berechtigte an der Anmeldung durch Verhältnisse verhindert worden ist, die außerhalb seines Willens liegen. Auch diese Voraussetzung ist gegeben; denn die Geisteskrankheit verhinderte die Anmeldung so lange, wie der Verletzte keinen gesetzlichen Vertreter (Pfleger oder Vormund) hatte, der statt seiner die Ansprüche anmelden konnte. Sobald aber jene Verschlimmerung bemerkbar geworden oder das Hindernis fortgefallen war, mußte die Anmeldung binnen drei Monaten erfolgen (§ 1547 Abs. 2). Daher kann jetzt keine Entschädigung mehr verlangt werden, wenn die Anmeldung durch den gesetzlichen Vertreter nicht spätestens binnen drei Monaten nach seiner Bestellung stattgefunden hat. Dies muß auch die Krankenkasse gegen sich gelten lassen. Denn sie kann nach § 1501 in den Grenzen der §§ 1502 bis 1507 als Ersatz nur „die Unfallentschädigung" beanspruchen. Sie hat also keinen Anspruch, wenn der Anspruch des Verletzten auf Unfallentschädigung durch Fristablauf ausgeschlossen ist. Daß nicht etwa der § 1509 die Kasse vor solchem Rechtsverlust schützt, hat das Reichsversicherungsamt schon entschieden (ArbVers. 1917 S. 374).

Unfallentschädigung für den Verlust eines Beines.

14. Bezirk Magdeburg. Frage: Ein Former erlitt 1900 einen Betriebsunfall, durch dessen Folgen er das linke Bein bis zur Hälfte des Oberschenkels einbüßte. Dafür erhielt er von der Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft bis 31. Mai 1901 100 v. H. der Vollrente und erhält seit 1. Juni 1901 noch 75 v. H. Zur Ausübung seines Berufes als Former ist er dauernd vollkommen berufsunfähig. Ist die Berufsgenossenschaft auch heute noch verpflichtet, die Kosten des künstlichen Beines und die der Reparaturen zu tragen? Kann die Rente, die damals mit 75 v. H. als Dauerrente bezeichnet worden ist, gekürzt werden, wenn der Verletzte jetzt durch Bureautätigkeit jährlich 2000 M und mehr verdient? oder muß für den Verlust des Beines trotz des verhältnismäßig hohen Einkommens durch seine Bureautätigkeit ein bestimmter Prozentsatz der Rente gezahlt werden?

Antwort: § 558 RVO. bestimmt ausdrücklich, daß die Krankenbehandlung, zu deren Gewährung die Berufsgenossenschaft verpflichtet ist, auch die Versorgung mit den Hilfsmitteln umfaßt, die erforderlich sind, um die Folgen der Verletzung zu erleichtern. Als Beispiele werden vom Gesetz Krücken und Stützvorrichtungen aufgeführt. Die Verpflichtung zur Gewährung begreift aber auch die Verpflichtung zur Instandhaltung ein. (Vgl. Handb. der Unfallversicherung Bd. I S. 259 unter 8.) Zu jenen Hilfsmitteln gehören nötigenfalls auch künstliche Gliedmaßen. Die Berufsgenossenschaft muß demnach nicht nur die Kosten der ersten Anschaffung, sondern auch diejenigen der Ausbesserung und Erneuerung des künstlichen Beines tragen. Der Anspruch auf solche Hilfsmittel besteht neben demjenigen auf Unfallrente. Diese hat zur Voraussetzung Erwerbsunfähigkeit (§ 558 Ziff. 2 RVO.). Es muß die Unfähigkeit vorliegen, seine Arbeitskraft wirtschaftlich zu verwerten. Durch den Verlust fast eines ganzen Beines wird die Erwerbsfähigkeit stets gemindert und daher Anspruch auf eine Unfallrente begründet. Immerhin wird sie aber auf wesentlich weniger als 75 v. H. gekürzt werden dürfen, wenn der Verletzte mehr als 2000 M jährlich durch seine Arbeit verdient.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1206 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 21. April 1918 | Heft 12

Zweifelsfragen bei der Ausführung der Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung.

Von Versicherungsamtmann Dr. Jaeger in München.

Unter dieser Überschrift veröffentlicht und erläutert Herr Justizrat Dr. Reißer in der „Berufsgenossenschaft" Heft 5 dieses Jahrgangs eine Reihe von Bedenken, die beim Vollzug der Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 über die Gewährung von Zulagen an Verletztenrenten aus der Unfallversicherung (ArbVers. Heft 4 S. 70) auftauchen. Er wendet sich hierbei auch der nicht ganz einfachen Frage zu, wann im Einzelfall „Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird". Er behandelt vor allem einige Fälle, in denen bereits auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen Unterstützungen gewährt werden, auf die nur im Falle der Bedürftigkeit Anspruch besteht, und prüft nun die Rangordnung der anderweiten Unterstützungspflicht auf der einen Seite und der durch die Verordnung vom 17. Januar 1918 begründeten Zulagepflicht auf der anderen Seite. Die drei erörterten Fälle — nämlich: 1. Unterstützung auf Grund des Gesetzes betr. die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften vom 28. Februar 1888, 2. Möglichkeit der Inanspruchnahme unterhaltspflichtiger Angehöriger und 3. Zusammentreffen mit Armenunterstützungen — beurteilt Reißer dahin, daß im ersteren Falle die Priorität der Gewährung entscheide, im zweiten Falle die Realisierbarkeit des Anspruchs den Ausschlag gebe, im dritten Falle aber, schon mit Rücksicht auf die staatsbürgerlichen Folgeerscheinungen der Armenunterstützung, der Rentenzulageanspruch dem Anspruch auf Armenunterstützung vorgehe.

Reißer hat einen Fall nicht in den Kreis seiner Erwägungen gezogen, der m. E. ziemlich häufig vorkommen dürfte und, da es sich auch bei ihm um eine Kriegsunterstützung handelt, Analogien mit dem Falle des Anspruchs auf die reichsgesetzliche Familienunterstützung aufweist, jedoch meiner Anschauung nach nicht in derselben Weise wie dieser behandelt werden kann. Bekanntlich gehen die Bestrebungen nach einer den Teuerungsverhältnissen entsprechenden Erhöhung der reichsgesetzlichen Renten weit in das Jahr 1917 zurück. Die Reichsregierung hat mit Rundschreiben vom 12. Mai 1917 sich einer gesetzlichen Regelung gegenüber durchaus ablehnend verhalten und den Bundesregierungen anheimgegeben, Verfügungen dahin zu treffen, daß dort, wo es sich als notwendig erweise, die gemeindliche Kriegswohlfahrtspflege helfend eingreife, der nach den allgemeinen Grundsätzen

über die Kriegswohlfahrtspflege Zuschüsse aus Reichs- und Staatsmitteln zur teilweisen Kostendeckung in Aussicht gestellt wurden. Die Bundesregierungen haben hierauf entsprechende Erlasse hinausgegeben; so hat die Bayer. Staatsregierung mit Bekanntmachung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 20. September 1917 (Bayer. Staatsanzeiger Nr. 223) den Distrikten und Gemeinden nahegelegt, den ganz oder überwiegend erwerbsunfähigen, auf feste Renten der Arbeiterversicherung angewiesenen Personen bei Bedürftigkeit die notwendige Unterstützung aus Mitteln der Kriegswohlfahrtspflege zu gewähren.

Die im Vollzug dieser Bekanntmachung in den einzelnen Distrikten und Gemeinden getroffenen Bestimmungen sehen, namentlich in den Städten eine ziemlich weitgehende Beihilfe vor. So gewährt z. B. die Stadt München allen erwerbsunfähigen Rentenempfängern, wenn sie bedürftig sind und einen mindestens einjährigen Aufenthalt in München nachweisen, je nach dem Grade der Bedürftigkeit teils alle, teils nur einen Teil der folgenden Leistungen:

a) den Bezug von billigen Lebensmitteln und Gebrauchsstücken (Kleidern, Schuhe, Sohlen),
b) den Bezug der Mittagskost aus einer städtischen Volksküche,
c) einen monatlichen Erziehungsbeitrag von 3 ℳ für jedes Kind unter 16 Jahren im Hausstand des Unterstützten,
d) eine monatliche Mietbeihilfe von 6 ℳ für Alleinstehende und von 9 ℳ für solche Rentenempfänger, die unterhaltsbedürftige Angehörige in ihrem Hausstande haben.

Es ist klar und entspricht auch nur dem Zwecke dieser Unterstützung, daß hierdurch die Bedürftigkeit behoben wird, daß also bei Stellung eines Antrags auf die Rentenzulage zum mindestens „Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird". Wie haben sich nun in diesen Fällen die Berufsgenossenschaften zu verhalten? Gilt auch hier die — in den meisten Fällen wohl gegebene — Priorität der Gewährung, so daß der Versicherungsträger in allen den Fällen von der Gewährung der Zulage absehen darf, in denen bereits die gemeindliche Kriegswohlfahrtspflege eingetreten ist?

Meines Erachtens nein. Die Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 entlastet in dieser Beziehung die Gemeinden. Sie regelt reichsgesetzlich, was bisher nur bundesstaatlich, ja eigentlich nur vom Gemeindeverband geregelt war. Wie Reichsrecht vor Landesrecht geht, so geht Reichsgesetz vor Verwaltungsmaßnahmen der Landesbehörden und ihrer nachgeordneten Organe. Das Reich trifft ja gerade die zuerst abgelehnte gesetzliche Regelung, an deren Stelle die Verwaltungsmaßnahme getreten war; es ist damit gewillt, an deren Stelle etwas anderes, eben die Zulage seitens der Versicherungsträger, zu setzen.

Eine anderweite Auffassung würde auch die Ungerechtigkeit in sich schließen, daß die Gemeinden, welche die Unterstützung auf Grund der bundesstaatlichen Erlasse bereits geregelt haben, gegenüber den Gemeinden, welche hiervon keinen Gebrauch gemacht haben, benachteiligt wären. Der Grundsatz der Priorität ist also wohl nicht anwendbar. Er ist es aber auch aus einem anderen Grunde nicht, ja er scheint mir aus diesem Grunde auch nicht auf den von Neißer angezogenen Fall der Unterstützung nach dem Gesetz betr. die Unterstützungen von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften anwendbar. Die Verordnung vom 17. Januar 1918 legt die Kosten der Zulage den Versicherungsträgern auf; trotz aller dagegen erhobenen Einwendungen hat es die Reichsregierung abgelehnt, das Reich zu den Kosten der Zulagen heranzuziehen. Es geht nun nicht an, das Reich Aufwendungen tragen zu lassen, für die bei gegebener gleicher sachlicher Voraussetzung ein anderer Verpflichteter aufzukommen hat. Ebenso wie das Erfordernis der Bedürftigkeit im Sinne des Familienunterstützungsgesetzes entfällt, wenn

anderweite hinreichende Einnahmen oder Hilfsquellen sich eröffnen, ebenso enthebt die Möglichkeit, nun einen Versicherungsträger in Anspruch nehmen zu können, die Gemeinde oder den Lieferungsverband wenigstens insoweit der Fürsorge für den bisher Unterstützten, als er diesem auferlegen kann, sich nun an den Versicherungsträger zu wenden und erst dann wieder die Gemeinde oder den Lieferungsverband in Anspruch zu nehmen, wenn die Zulage nicht gewährt wird oder ihre Gewährung die Bedürftigkeit nicht völlig zu beheben vermag.

Damit taucht die weitere Frage auf, ob der Versicherungsträger an die in der bisherigen Gewährung der Unterstützung seitens der Gemeinde oder der Familienunterstützung seitens des Lieferungsverbandes liegende Anerkennung der Bedürftigkeit gebunden ist, ob er also diese Unterstützung ohne weiteres bis zur Höhe von 8 *M* übernehmen m u ß. Eine Verpflichtung hierzu besteht nicht, vielmehr ist der Versicherungsträger berechtigt, von sich aus neuerdings die Bedüftigkeitsfrage aufzuwerfen. Wohl aber muß er bei Prüfung der Frage, ob Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird, die wirtschaftliche Lage des Berechtigten unter Abzug der g e s a m t e n bisher von der Gemeinde oder vom Lieferungsverband gewährten Unterstützungen würdigen; er wird hierbei dann nur in wenigen Fällen dazu kommen, die bereits erfolgte Anerkennung der Bedürftigkeit zu verneinen, da, wie auch Neißer ausführt, die Entscheidung tunlichst ohne Engherzigkeit zu treffen ist.

Die Gemeinden, welche bisher schon auf Grund der bundesstaatlichen Anweisungen erwerbsunfähige, bedürftige Rentenempfänger der Unfallversicherung unterstützt haben, werden daher, wie dies z. B. München bereits getan hat, Veranlassung nehmen, ihre Unterstützung nur dann und nur insoweit weiterzugewähren, als der Empfänger nachweist, daß er Antrag auf die Zulage gestellt hat und daß dieser Antrag rechtskräftig abgewiesen ist oder daß der Empfänger trotz Stattgabe seines Antrags sich noch in Notlage befindet. Daß die Anschauung, die Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 übertrage bisher von den Gemeindeverbänden und vom Reich getragene Lasten auf die Versicherungsträger auch von den maßgebenden Regierungsstellen geteilt wird, ist einer Bekanntmachung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 7. Februar 1918 (Bayer. Staatsanzeiger Nr. 33) zu entnehmen, in welcher es ausdrücklich heißt, daß durch die Bekanntmachungen vom 3. und 17. Januar 1918 die Distrikte und Gemeinden, die schon bisher im Vollzug der Bekanntmachung vom 20. September 1917 bedürftige erwerbsunfähige Empfänger von Renten der Arbeiterversicherung unterstützt haben, eine „wesentliche Entlastung erfahren".

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Ersatzanspruch nach § 1531 RVO. setzt tatsächlichen Aufwand, aber nicht gerade durch Barzahlungen voraus.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 13. November 1917.

Der klagende (Armen-) Verband macht einen Ersatzanspruch nach § 1531 RVO. geltend. Es ist der Beklagten (Ortskrankenkasse) zuzugeben, daß von einem Ersatz im Sinne dieser Vorschrift nur gesprochen werden kann, wenn der den Ersatz fordernde Verband eine Aufwendung zum Zwecke der Unterstützung eines Hilfsbedürftigen tatsächlich gemacht hat. Diese Voraussetzung ist aber auch im vorliegenden Falle gegeben. Der klagende Verband hat die Kur- und Verpflegungskosten für die hilfsbedürftige Kassiererin B. der Charité gegenüber nach gesetzlicher Pflicht übernehmen müssen. Er hat diese Kosten allerdings nicht bar bezahlt, sondern auf die der Stadt Berlin der Charité gegenüber zustehenden freien Verpflegungstage verrechnet. Auch darin ist

aber eine Aufwendung zu erblicken, für die die beklagte Kasse Ersatz zu leisten hat. Wenn durch die Kabinettsorder vom 6. Juni 1835 zur Unterbringung hilfsbedürftiger Kranker in der Charité 100000 freie Verpflegungstage der Stadt Berlin eingeräumt sind, so handelt es sich hierbei um eine Zuwendung an sie, die ihrer Armenverwaltung zugute kommen sollte und ihrer freien Verfügung unterlag. Diese Zuwendung bildet somit für sie ein besonderes Vermögensobjekt. Ob und in welchem Umfang die Stadt Berlin von diesem Vermögensobjekt Gebrauch macht, unterliegt allein ihrem Ermessen. Einen Teil davon wendete der klagende Verband jedenfalls auf, wenn er die Kur und Verpflegungskosten auf diese freien Verpflegungstage in Anrechnung brachte. Die beklagte Kasse hat auf eine derartige Verwendung eines Vermögensteils der Stadt Berlin keinen Anspruch. Ihr steht daher auch nicht der Einwand zu, daß die Stadt Berlin von dem ihr zustehenden Rechte im Jahre nicht den vollen Gebrauch macht. Vielmehr ist sie in jedem Falle, da eine Unterstützung aus dem Vermögen der Stadt Berlin erfolgt ist, aus den ihr obliegenden Leistungen zum Ersatze dieser Aufwendungen verpflichtet. Daß die Gewährung der freien Verpflegungstage gerade der Stadt Berlin und nicht auch anderen Verpflichteten zugute kommen soll, ergibt auch der weitere Inhalt der Kabinettsorder, nach welchem die Stadt Berlin berechtigt ist, die auf die freien Verpflegungstage übernommenen Verpflegungskosten für Angehörige auswärtiger Kommunen von diesen einzuziehen.

Kein Ersatzanspruch der Lieferungsverbände gegen die Versicherungsträger (§ 1531 RVO.) wegen Familienunterstützung.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Schwerin** vom 15. März 1918.

Der zweite Abschnitt des fünften Buches der Reichsversicherungsordnung schreibt zwar im § 1527 vor, daß von der Reichsversicherungsordnung unberührt bleiben nicht nur die gesetzlichen Pflichten der Gemeinden und der Armenverbände zur Unterstützung Hilfsbedürftiger, sondern weiter auch „andere auf Gesetz . . . beruhende Pflichten zur Fürsorge für die nach diesem Gesetze (Reichsversicherungsordnung) Versicherten". Kann es nun einerseits nicht zweifelhaft sein, daß zu diesen durch die Reichsversicherungsordnung unberührt gebliebenen „anderen" Pflichten auch die Pflichten gehören, welche den Unterstützungskommissionen der Lieferungsverbände nach dem Reichsgesetz vom 28. Februar 1888, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften, obliegen, so kann andererseits nicht übersehen werden, daß die Reichsversicherungsordnung den Unterstützungskommissionen **nicht**, wie es in den §§ 1528, 1529 für die von Knappschaftsvereinen, Knappschaftskassen und Ersatzkassen gewährte Fürsorge und wie es weiter in den §§ 1531 ff. für die Unterstützungen durch Gemeinde oder Armenverband vorgeschrieben ist, einen Ersatzanspruch gegen die Träger der Reichsversicherungsordnung eingeräumt hat. Somit fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage für den von der Unterstützungskommission zu L. eingeklagten Erstattungsanspruch gegen die Amtslandkrankenkasse D.

Daß die Unterstützungskommission nicht etwa unter den Begriff „Gemeinde" oder „Armenverbände" (§ 1531 RVO.) fällt, ist im ersten Urteil zutreffend dargelegt.

Auch bei streitigen Ersatzansprüchen hat die Versicherungsbehörde, nicht der beteiligte Armenverband die Erhebungen anzustellen.

Rev. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 21. April 1917

Der Senat hat nicht verkannt, daß das Verfahren nicht unerhebliche Mängel aufweist; doch hat er sie nicht als so gewichtig angesehen, daß sie die Aufhebung der Entscheidungen der Vorinstanz (VAmt und ObVAmt) und die Zurückweisung der Sache zu rechtfertigen vermöchten.

Die Sache ist, entgegen der Vorschrift des § 1652 RVO., wesentlich durch die Armenbehörde vorbereitet worden. Diese hat sogar, nachdem sie den Ersatzanspruch der Armenpflege bei dem Versicherungsamte bereits anhängig gemacht hatte, noch die zeugenschaftlichen Erhebungen gepflogen.

Eine derartige Sachbehandlung ist in hohem Grade bedenklich und jedenfalls dann zu vermeiden, wenn die Armenbehörde Partei ist, ihre Erhebungen also die Natur von Parteierhebungen tragen, während doch eine unabhängige amtliche Sachvorbereitung der Entscheidung vorausgehen soll. Die Abweichung von der gesetzmäßigen Vorbereitung schließt nämlich, ganz abgesehen von der doppelten Arbeit und den Mehrkosten, wenn das Versicherungsamt sich genau an die Vorschrift des § 1652 RVO. hält und zu erneuter Vernehmung der etwa schon von der Partei gehörten Zeugen und Sachverständigen schreitet, die Gefahr in sich, daß die entscheidende Behörde den Rechtsstreit nicht in vollem Umfange würdigt, besonders, daß sie nicht den Ansprüchen aller Beteiligten gerecht wird. Da hier aber solche Bedenken nicht im Vordergrunde stehen, hat der Senat davon abgesehen, das angefochtene Urteil wegen Verletzung des § 1652 RVO. aufzuheben. (R e g e r.)

Freie Beweisführung gegenüber ärztlichen Gutachten.

Rev.-Entsch. des **Bayerischen Landesversicherungsamts** vom 9. Juni 1917.

Die Ausführungen des angefochtenen Urteils lassen erkennen, daß das K. Oberversicherungsamt sich

weder mit ungesetzlicher Willkür, noch unter einer Verkennung des Sachverhalts über den Inhalt der ärztlichen Gutachten, die sich dagegen aussprechen, daß die Klägerin invalid sei, hinweggesetzt, sondern daß es die sämtlichen, einander widersprechenden Gutachten eingehend geprüft und gegeneinander abgewogen hat. Wenn das K. Oberversicherungsamt bei dieser Sachlage die Meinung derjenigen Sachverständigen sich zu eigen gemacht hat, derzufolge die Klägerin zur Zeit noch als invalide zu erachten ist, so hat es weder einen Rechtsirrtum begangen noch gegen einen als klar und eindeutig zu erachtenden Akteninhalt verstoßen, es hat vielmehr das ihm zustehende Recht der freien Beweisführung in gesetzlich nicht zu beanstandender Weise wahrgenommen und es muß demnach bei seiner der Klägerin günstigen Entscheidung dieses, sich nach dem Ausspruche des Sachverständigen Dr. W. selbst auf der Grenze der Invalidität bewegenden Falles sein Bewenden haben.

Im einzelnen geben die zwei folgenden Rügen der Landesversicherungsanstalt dem Revisionsgericht Anlaß zu besonderer Würdigung. Die Landesversicherungsanstalt bemängelt, daß das angefochtene Urteil dem Gutachten eines Assistenzarztes der K. med. Poliklinik X. den Vorzug gegeben habe, trotzdem ihm nicht die Bedeutung eines auf Grund einer Beobachtung im Krankenhaus erstatteten Gutachtens zukomme, und erachtet es auch als einen Verstoß, daß das erwähnte Urteil sich über das Gutachten des mit Lebenserfahrung und sozialpolitischer Schulung ausgestatteten amtlichen Sachverständigen hinweggesetzt habe, dem, da es auf dem richtigen Sachverhalt aufgebaut sei, das Oberversicherungsamt hätte folgen müssen.

Beide Bemängelungen gehen fehl. Das Gutachten der Poliklinik ist zwar von einem als Hilfskraft zu erachtenden Assistenzarzte vorbereitet und verfaßt; daraus, daß das Gutachten durch den Assistenzarzt und den Vorstand der Poliklinik unterzeichnet ist, geht aber hervor, daß der letztere die schriftliche Ausarbeitung auf Grund der in dem Gutachten bescheinigten Beobachtung und Untersuchung gebilligt hat. Nichts deutet darauf hin, daß sich, was allerdings als unzulässig erachtet werden müßte, der Sachverständige, hier die Poliklinik, ohne weiteres auf die Hilfskraft verlassen und deren Ansicht ohne Nachprüfung mit dem eigenen Namen gedeckt hätte. Ein von der Hilfskraft vorbereitetes und verfaßtes, von dem Sachverständigen aber ausdrücklich vertretenes Gutachten entbehrt keineswegs der vollen Beweiskraft (S. Entsch. des Reichsgerichts vom 28. September 1916, Juristische Wochenschrift S. 1587, im Archiv für Reichsversicherung 1917 S. 47 Ziff. 2393).

Ebensowenig zutreffend ist die Meinung der Landesversicherungsanstalt, als sei einem von einem amtlichen Sachverständigen erstatteten Gutachten unter allen Umständen der Vorzug vor anderen Gutachten zu geben. Die Gutachten vertrauenswürdiger, erfahrener, insbesondere amtlicher Ärzte dürfen unter keinen Umständen unbeachtet bleiben. Selbstverständlich müssen aber daneben auch die Gutachten nichtbeamteter Ärzte, vorausgesetzt, daß sie den an ein ärztliches Gutachten zu stellenden Anforderungen entsprechen, berücksichtigt werden und unter Umständen kann diesen Gutachten auch der Vorzug vor ihnen gegeben werden. Die Sache liegt nicht so, als ob bei Vorhandensein eines von einem amtlichen Arzte erstatteten Gutachtens andere gutachtliche Äußerungen nicht mehr beachtet werden dürften, insbesondere das Recht der freien Beweiswürdigung als aufgehoben zu erachten wäre. Das K. Landesversicherungsamt hat auch in dem von der Revisionsklägerin angezogenen Fall derartiges nicht ausgesprochen. Schon der klare Wortlaut des sich in diesem Urteile findenden Satzes geht nur dahin, daß Gutachten, die von einem vertrauenswürdigen, erfahrenen, insbesondere einem amtlichen Arzt erstattet und mit guten Gründen versehen sind, „nur dann nicht beachtet werden können, wenn sie auf unrichtigen tatsächlichen Grundlagen aufgebaut wären". Ein den anderen Gutachten ihren Wert nehmendes Übergewicht amtlicher Gutachten ist aber in jenem Satze, zu dem auch ein von dem vorliegenden abweichender Tatbestand Anlaß gegeben hat, nicht aufgestellt worden.

B. Zur Krankenversicherung.

Leistungsdauer nach § 183 RVO. bei fortlaufender Beobachtung des Kranken wegen grünen Stars.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 4. Oktober 1917.

Im September 1916 erkrankte die Klägerin an Regenbogenhautentzündung und grünem Star. Am 26. September nahm sie die ärztliche Hilfe des Dr. N. in Anspruch. Nach dem Gutachten des Dr. N. ist bei grünem Star die fortlaufende Beobachtung des Erkrankten nötig, da bei Verschlechterung der Sehschärfe rechtzeitig zur Operation geschritten werden muß. Die Klägerin setzte demgemäß ihre Besuche in regelmäßigen Zwischenräumen von 5 bis 7 Tagen bis zum 28. Juli 1917 fort. Nur einmal hatte sie mit den Besuchen längere Zeit ausgesetzt, vom 11. Dezember 1916 bis 3. Januar 1917. Die ärztliche Hilfeleistung bestand jeweils in einer Prüfung ihrer Sehschärfe. Arzneien wurden in der Regel nicht angewandt. Die Klägerin konnte ihre

Arbeit als Näherin die ganze Zeit über verrichten, wurde aber mit dem 24. Juli infolge einer Verminderung ihrer Sehschärfe arbeitsunfähig und beanspruchte deshalb von der beklagten Kasse Krankengeld. Dies wurde ihr mit der Begründung verweigert, daß die gesetzliche Unterstützungsfrist bereits abgelaufen sei, auch wenn man annehme, daß mit dem 3. Januar 1917 ein neuer Krankheitsfall eintrat und eine neue Unterstützungsfrist in Lauf setzte. In diesem Falle hatte ihre Unterstützungspflicht mit dem 3. Juli 1917 ihren Abschluß gefunden.

Die Klägerin rief das Versicherungsamt an. Dieses hat aber die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Entscheidung hängt davon ab, ob die Unterstützungspflicht der beklagten Kasse dadurch, daß sie für die Kosten der Beobachtung der Klägerin von Oktober 1916 an aufkam, bereits erschöpft war, als die Klägerin infolge einer Verminderung ihrer Sehschärfe arbeitsunfähig wurde. Dies beurteilt sich wieder danach, ob die mit dem 26. September 1916 bis dahin in kurzen Zeitabschnitten erfolgte Beobachtung als ärztliche Behandlung einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne anzusehen ist.

Ärztliche Behandlung im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. ist die auf die Heilung einer Krankheit gerichtete Tätigkeit eines Arztes. Sie umfaßt auch solche Maßnahmen, welche einer Heilbehandlung notwendig vorhergehen, so z. B. die ärztliche Tätigkeit, welche zur Krankheitserkennung notwendig war (Stier-Somlo, Anm. 7 zu § 182 RVO.). Zu ihr gehört deshalb auch eine Beobachtung des Erkrankten, die, wie im vorliegenden Fall notwendig ist, um den geeigneten Zeitpunkt für die Vornahme einer Operation festzustellen. Die Klägerin erhielt deshalb von Dr. N., so oft sie ihn zwecks Beobachtung ihres im Fortschreiten begriffenen Augenleidens aufsuchte, ärztliche Behandlung im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. Es ist nun zu entscheiden, ob sie in der Zeit vom 26. September 1916 an bis zum Eintritt ihrer Arbeitsunfähigkeit am 28. Juli 1917 fortlaufend in ärztlicher Behandlung stand oder ob jeder Besuch bei Dr. N. als neues ärztliches Eingreifen, als neue Krankheit im Sinne des Versicherungsrechts anzusehen war. Die Klägerin vertritt die Auffassung, daß das Bedürfnis zur Beobachtung nicht ununterbrochen fortbestand, sondern immer wieder von neuem auftrat. Dieser Auffassung ist nicht beizupflichten. Nach dem Gutachten des Dr. N. ist bei grünem Star, an dem die Klägerin litt, eine ständige Kontrolle des Erkrankten nötig, da bei Verschlechterung der Sehschärfe zur Operation geschritten werden muß. Die Klägerin war also fortlaufend, ohne Unterbrechung ärztlicher Hilfe bedürftig, also krank im versicherungsrechtlichen Sinn. In der Tat hat sie auch fortlaufend ärztliche Hilfe erhalten. Die Zeitabstände ihrer Besuche bei Dr. N. waren so bemessen, daß eine Verschlimmerung der Sehschärfe rechtzeitig bemerkt werden mußte. Die Wirkung der einen Beobachtung erstreckte sich deshalb bis zur nächsten. Danach ist die Auffassung der beklagten Kasse, daß die Klägerin seit 26. September ohne Unterbrechung ärztlicher Hilfe bedürftig war und von ihr die gesetzliche Frist hindurch (§ 183 RVO.) und sogar darüber hinaus mit Krankenpflege unterstützt wurde, richtig. Diese Auffassung würde auch dann zutreffen, wenn man annehmen wollte, daß die Zeit vom 11. Dezember 1916 bis 3. Januar 1917, während der die Klägerin nicht in ärztlicher Beobachtung stand, einen krankheitsfreien Zwischenraum darstellt, dem eine Starerkrankung folgte. Denn auch in diesem Fall war die gesetzliche Unterstützungsfrist mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 24. Juli 1917 abgelaufen. Daß der Klägerin infolge des langen Andauerns der Beobachtungsnotwendigkeit gerade die Leistungen der Kasse entgingen, auf die es ihr wohl in erster Linie ankam, die Übernahme der Operationskosten, das Krankengeld usw. kann das Ergebnis nicht ändern. Die Leistungen der Krankenkassen sind durch die in § 183 festgelegten Fristen begrenzt. Mit dem Ablauf der Frist erlischt die Leistungspflicht der Kasse ohne Rücksicht darauf, welche Leistungen, kostspielige oder geringwertige, der Versicherte erhielt.

Anmerkung: Ein Vergleich dieser Entscheidung mit unserer Auskunft im Jahrg. 1916 S. 862 Ziff. 8, die einen Fall von grauem Star betraf, ergibt nicht etwa einen grundsätzlichen Widerspruch, sondern zeigt nur, wie sehr es in jedem einzelnen Falle dieser Art auf die Prüfung und Würdigung der besonderen Umstände ankommt, von denen schließlich die Entscheidung abhängt.

Unzulässige Beschränkung des Ersuchens nach § 219 RVO.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 19. Dezember 1917 (B. K. 326/17).

Das Versicherungsamt C. hat es abgelehnt, der Allgemeinen Ortskrankenkasse daselbst aufzugeben, auch solche Ersuchen der beschwerdeführenden Krankenkasse auszuführen, durch welche dieselbe nach § 219 RVO. verlangt, daß ihren Versicherten die zustehenden Leistungen von der Ortskrankenkasse in C. nur für einen bestimmten Zeitraum gewährt werden.

Nach der Ansicht des Oberversicherungsamts ist die Entscheidung des Versicherungsamt zutreffend. Das im § 219 RVO. zugelassene Ersuchen einer Krankenkasse an eine andere kann seiner Natur nach, wie auch in den Gesetzeskommentaren ausgeführt ist, weder auf bestimmte Leistungen noch auf eine bestimmte Zeit von vornherein beschränkt werden. Will eine Krankenkasse, daß die Gewährung von Leistungen durch die auswärtige Kasse, die nach § 219 dazu aufgefordert worden ist, aufhört, so steht es ihr lediglich frei, dies der unterstützenden Kasse mitzuteilen und auf diese Art ihr Ersuchen zurückzuziehen. Sie kann auch zu diesem Zwecke Anfragen

an die unterstützende Kasse, die den Unterstützungsfall betreffen, innerhalb gewisser Zeiträume richten. Eine Zeitbeschränkung von Anfang an erscheint jedoch nicht angängig.

„Gleichwertige" Bedingungen bei Übernahme von Kassenangestellten (§ 290 RVO.).

Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 29. Dezember 1917 (B. K. 451/17).

Die Streitsache ist, nachdem das Reichsversicherungsamt durch Entscheidung vom 20. Oktober 1917 den Abgabebeschluß des Oberversicherungsamts vom 28. August 1917 aufgehoben hat, nunmehr vom Oberversicherungsamt zu entscheiden. Hierbei war, abgesehen von den im Abgabebeschluß dargelegten Gründen, auf welche hier Bezug genommen wird, noch folgendes zu beachten.

Obwohl das Reichsversicherungsamt es abgelehnt hat, in dieser Streitsache eine endgültige Entscheidung zu fällen, hat es doch in den Urteilsgründen den Grundsatz aufgestellt, daß neben den Artikeln 34 ff. des Einführungsgesetzes auch die Vorschriften des § 290 RVO. über die Regelung der Beamten- und Angestelltenverhältnisse bei Vereinigung von Krankenkassen hier Anwendung zu finden haben. Abgesehen davon, daß der Beschwerdeführer nach den Vorschriften der Art. 34 ff. a. a. O. kein Recht darauf hat, daß seine tägliche Arbeitstätigkeit auf nur sieben Stunden bemessen wird, oder aber daß bei Aufrechterhaltung einer achtstündiger Arbeitszeit sein Gehalt erhöht wird, — worüber im Abgabebeschluß schon das nötige gesagt ist — war nunmehr noch zu prüfen, ob die aufnehmende Kasse, d. h. die Allgemeine Ortskrankenkasse B., den Beschwerdeführer zu gleichwertigen Bedingungen beschäftigt wie die aufgenommene Krankenkasse, nämlich die frühere Ortskrankenkasse der B. zu B.

Diese Prüfung hat sich nach Ansicht des Oberversicherungsamts nicht nur auf die finanzielle Gleichstellung zu erstrecken, — eine solche Einschränkung kann aus dem Gesetzestext nicht ohne weiteres geschlossen werden — sondern auf die gesamte Stellung des Angestellten, wie sie bei der früheren Krankenkasse der B. und jetzt bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse nach der RVO. und Dienstordnung gestaltet ist. Hierbei fällt gegenüber der verlängerten Dienstzeit, welche allerdings als ein gewisser Nachteil für den Angestellten anzusehen ist, ins Gewicht, daß er jetzt zu einem höheren Gehalt als früher angestellt ist, daß die Gehaltssätze jetzt durch eine behördlich genehmigte Besoldungsordnung fest geregelt sind und daß nach der RVO. im Vergleich zu früher günstigere Vorschriften über Kündigung und Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis bestehen (§ 354 RVO.). Eine Änderung der jetzigen Dienstverhältnisse kann auch nur durch eine Änderung der Dienstordnung erfolgen, für welche durch das Gesetz (§ 355 RVO.) bestimmte Regeln vorgesehen sind. Diese durch die Neuordnung geschaffenen Verhältnisse sind für die Angestellten nach Ansicht des Oberversicherungsamts so vorteilhaft, daß demgegenüber die während einer Stunde täglich zu leistende Mehrarbeit nicht ins Gewicht fällt.

Schließlich kommt es aber nicht bloß auf einen in vorstehender Weise aufgestellten Vergleich der beiderlei Anstellungsbedingungen an. Denn die Vorschriften der RVO. über die Krankenversicherung sind am 1. Januar 1914 für sämtliche Krankenkassen in Kraft getreten. Der Beschwerdeführer hätte also, wenn die Krankenkasse der B. über den 1. Januar 1914 hinaus bestehen geblieben und er in seinem Anstellungsverhältnis bei dieser Krankenkasse verblieben wäre, vom 1. Januar 1914 an mit der Aufrechterhaltung der siebenstündigen Dienstzeit nicht mehr rechnen können. Sein Dienstverhältnis war von dieser Zeit ab gleichfalls der Regelung durch eine Dienstordnung unterworfen, und diese Regelung wäre nach der Praxis des Oberversicherungsamts ebenso ausgefallen wie diejenige bei der jetzigen Allgemeinen Ortskrankenkasse B. Aus diesem Grunde kann keine Rede davon sein, daß bei der Gestaltung des jetzigen Dienstverhältnisses des Beschwerdeführers der § 290 RVO. verletzt sei.

Kein Ersatzanspruch der Polizei gegen die Krankenkasse wegen Zwangsheilung Geschlechtskranker.

Entscheidung des Reichsgerichts (6. Zivils.) vom 11. Februar 1918 (VI. 429/17).

Die Polizeibehörde der beklagten Stadtgemeinde hat in der Zeit zwischen dem 24. Oktober 1914 und dem 5. Juli 1916 eine Anzahl geschlechtskranker Frauenspersonen zur Zwangsheilung in Krankenhäuser eingewiesen und die hierdurch erwachsenen besonderen Kosten der Krankenhausbehandlung von der klagenden allgemeinen Ortskrankenkasse ersetzt verlangt, der jene Personen unstreitig als Mitglieder angehören. Der Klagantrag geht dahin, festzustellen, daß eine solche Ersatzpflicht nicht bestehe.

Der erste Richter hat die Klage abgewiesen, das Berufungsgericht dagegen hat ihr willfahrt. Die Revision der beklagten Stadtgemeinde ist vom Reichsgericht zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Die Annahme des Berufungsgerichts, daß ein Anspruch aus § 1531 RVO. — wegen gesetzlich gebotener Unterstützung eines Hilfsbedürftigen — nach Sachlage nicht in Betracht kommt, ist von keiner Seite angegriffen. In Frage steht nur, ob der Beklagten ein Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag im Sinne der §§ 677 ff. BGB. an die Klägerin zusteht. Daß dafür der Rechtsweg vor den ordentlichen Gerichten eröffnet ist, haben die Vorinstanzen in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Reichsgerichts (RGZ. Bd. 75 S. 188, vgl. VI. 519/10, 270/1917) angenommen.

Da die Krankenhausbehandlung der geschlechtskranken Kassenmitglieder unstreitig dem erklärten Willen der Klägerin widersprach, ist der Anspruch der Beklagten nach BGB. §§ 679, 683, 670 nur dann begründet, wenn ohne ihr Eingreifen, in welchem im übrigen das Berufungsgericht — insoweit zugunsten der Beklagten — eine Besorgung der Geschäfte der Klägerin gegeben findet, eine Pflicht, der Klägerin nicht rechtzeitig erfüllt worden wäre, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt. Daß dem hier so sei, hat das Berufungsgericht verneint, weil für die Klägerin im Sinne des § 679 BGB. eine Pflicht zur Krankenhausbehandlung bezüglich ihrer Kassenmitglieder nach der hierfür in RVO. § 184 getroffenen Regelung überhaupt nicht bestehe. Die Revision hält dafür, daß hierbei dem Worte Pflicht in BGB. § 679 eine zu enge Auslegung gegeben werde. — Die Revision war zurückzuweisen.

Ohne weiteres erhellt, daß die Krankenhilfe der Krankenkassen einerseits, das hier in Rede stehende Eingreifen der Polizeibehörde andererseits zwar beide darauf gerichtet sind, den Erkrankten der Heilung zuzuführen, auch beide Maßnahmen der Fürsorge für die Gesundheit und die gesundheitliche Leistungsfähigkeit der Bevölkerung darstellen, jedoch im übrigen, — was allerdings der Annahme einer Geschäftsbesorgung im Sinne des § 677 nicht ohne weiteres entgegensteht (vgl. RGZ. Bd. 75 S. 283 Bd. 77 S. 197) — unmittelbare Ziele ganz verschiedener Art verfolgen. Die Polizeibehörde faßt in erster Reihe die Gefahr ins Auge, welche eine geschlechtskranke, der Gewerbsunzucht geneigte und verdächtige Frauensperson für die Öffentlichkeit bedeutet, und hat hiergegen unter gesundheits- und sicherheitspolizeilichen Gesichtspunkten nötigenfalls mit Zwang vorzugehen, um der Schädlichkeit weiteren Geschlechtsverkehrs der Kranken vorzubeugen. Demgegenüber hat die Krankenkasse wesentlich nur die Aufgabe, dem Erkrankten zur Erhaltung seiner Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit Krankenhilfe zu gewähren, — eine, der Gesichtspunkte der allgemeinen sozialen Wohlfahrt unbeschadet, zunächst individuell gerichtete Fürsorge, die mit einer gesetzlichen Zwangsgewalt gegenüber dem Erkrankten nur in ganz begrenztem Umfang (RVO. § 529 Abs. 1.: wegen Übertretung der Krankenordnung oder der Anordnungen des behandelnden Arztes) ausgestattet ist und jedenfalls grundsätzlich (vgl. RVO. §§ 1545, 1551) dem Versicherten nicht aufgezwungen werden kann. Wie hiernach die der Krankenkasse obliegende Krankenhilfe in Ansehung der Regelleistungen (Krankenpflege und Krankengeld nach Maßgabe des § 182 RVO.) als eine Pflicht nur mit dem Vorbehalt zu verstehen ist, daß sie vom Kassenmitglied gewollt und beantragt ist, so gilt eine einschränkende Betrachtung der Pflicht der Kasse in erhöhtem Maße von der Gewährung der Krankenhauspflege, die nach der Vorschrift des § 184 RVO. an Stelle der Krankenpflege und des Krankengelds gewährt werden kann. Abgesehen davon, daß es dazu, sofern der Kranke einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist, seiner Zustimmung bedarf, von der nur in den Ausnahmefällen des Abs. 2 Nr. 1 bis 4 abgesehen werden kann, steht es grundsätzlich im Ermessen der Kasse, an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes eine Krankenhauspflege zu gewähren. Wie das Reichsversicherungsamt in fester Rechtsprechung annimmt und unter Darlegung der Entstehungsgeschichte der Vorschrift (RVO. § 184), worauf hier verwiesen sei (Amtl. Nachr. 1917 S. 504 Nr. 2553) ausgesprochen hat, daß, sofern eine Kasse zunächst Krankenhauspflege gewährt, es ihr zwar im allgemeinen unbenommen ist, jederzeit hiervon abzugehen und sich auf die Leistungen nach § 182 RVO. zu beschränken, daß aber der Versicherte, wenn er einmal in Krankenhauspflege eingewiesen ist, auf deren Fortsetzung einen Anspruch hat, solange als sie notwendig ist; wie denn auch in diesem Zusammenhang das Reichsversicherungsamt jene bereits angeführte Rechtsprechung über die Ermessensfreiheit der Kasse ausdrücklich aufrecht erhalten hat. Im übrigen besteht dafür, daß eine Sachlage der letztgedachten besonderen Art in einem der hier in Betracht kommenden Fälle gegeben gewesen wäre, kein Anhalt. Auch die Vorschrift des § 184 Abs. 4, wonach in den Fällen des Abs. 3 Nr. 1, 2, 4 die Kasse „möglichst“ Krankenhauspflege gewähren „soll“, kann keinen Zweifel daran begründen, daß das Gesetz in dieser Frage der Kasse ein Ermessen einräumen will, das unter Gesichtspunkten der verschiedensten Art ausgeübt werden kann. Ein freies, willkürliches Belieben zuzulassen, liegt naturgemäß nicht im Sinne des Gesetzes; es liegt im Wesen der der Kasse obliegenden gemeinnützigen Aufgabe, daß sie ihr Ermessen in einer dieser Aufgabe entsprechenden Weise auszuüben hat. Aber rechtliche Voraussetzungen für die Gewährung der Krankenhauspflege, Umstände, aus denen sich eine rechtliche Verpflichtung der Kasse ergäbe, die durch Aufnahme des Kranken in Krankenhauspflege zu erfüllen wäre, bezeichnet das Gesetz nicht. Vielmehr soll, wie auch schon der Wortlaut des hervorgehobenen Abs. 4 des § 184 zur Genüge erkennen läßt, der Kasse das sachgemäße, aber freie Ermessen hierüber stets gewahrt bleiben. Dieser Regelung würde es nicht entsprechen, wenn im Wege der Geschäftsführung ohne Auftrag die Polizeibehörde dazu gelangen könnte, ihr Ermessen an die Stelle eines solchen der Kasse zu setzen und diese zu einer Leistung zu zwingen, die weder der Versicherte noch die Aufsichtsbehörde zu erzwingen in der Lage wäre.

Die Revision glaubt eine Pflicht der Kasse im Sinne des § 697 BGB. in Ansehung der Krankenhauspflege aus dem in § 184 Abs. 4 gebrauchten

Worte „soll" in Verbindung mit dem Umstand herleiten zu können, daß, was die Kasse danach tun soll, im öffentlichen Interesse geboten sei. Dem kann indessen nicht beigetreten werden. Eine vorbehaltlose Pflicht zur Gewährung der Krankenhilfe im allgemeinen oder der Krankenhauspflege im besonderen ist der Krankenkasse im Gesetz, wie ausgeführt, überhaupt nicht auferlegt. Daran ändert auch das an der sachgemäßen Besorgung der Aufgaben der Krankenversicherung bestehende öffentliche Interesse nichts. Daß es im übrigen zum Tatbestand des § 679 BGB. nicht genügt, wenn das „Geschäft", d. i. hier die Unterbringung der Kranken im Krankenhause, im öffentlichen Interesse liegt, kann keinem Zweifel unterliegen. Gegenüber der bereits im § 755 des I. Entw. des BGB. aufgestellten Voraussetzung, daß von dem Geschäftsführer die im öffentlichen Interesse gebotene Erfüllung einer dem Geschäftsherrn obliegenden Verbindlichkeit bewirkt sei, war in der zweiten Kommission eine Abänderung dahin (P. II 736 unter 3) beantragt, statt dessen es genügen zu lassen, daß „die Besorgung des Geschäfts durch das öffentliche Interesse geboten" sei. Dies wurde (P. II 738) abgelehnt; es sollte an der Voraussetzung festgehalten werden, daß es sich um eine Verpflichtung des Geschäftsherrn handle. Als solche kann nur eine rechtliche, sei es im öffentlichen, sei es im Privatrecht wurzelnde, gesetzliche oder vertragsgemäße Verpflichtung gelten; die Erstreckung insbesondere auf die Erfüllung sittlicher Pflichten ist bereits im Schoß der zweiten Kommission (P. II 738 Abs. I) gleichfalls abgelehnt worden.

Darauf, daß die Polizeibehörde der Klägerin durch ihr Eingreifen mindestens Auslagen erspart habe, welche dieser sonst für Leistungen nach RVO. § 182 (Krankenpflege, Krankengeld) erwachsen wären, hat sich die Beklagte nicht berufen. Daß das Krankengeld in den hier in Betracht kommenden Fällen gezahlt worden ist, hat die Klägerin unwidersprochen vorgetragen (Schriftf. vom 12. April 1917); in Ermangelung sonstiger tatsächlicher Unterlagen kann der Beurteilung im übrigen (vgl. BGB. § 684) hier nicht näher getreten werden.

Anmerkung: Durch diese Entscheidung dürfte die alte Streitfrage endgültig im Sinne der Ausführungen von Hahn in ArbVers. 1917 S. 146, 774 gegen Eck daselbst S. 769 erledigt sein.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Erhaltung von Anwartschaften und Antragsrechten in der Invalidenversicherung.

Vom 28. März 1918 (RGBl. S. 165).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Im Sinne

a) der Bekanntmachung über die Anrechnung militärischer Dienstleistungen in der Arbeiterversicherung vom 26. November 1914 (RGBl. S. 485),

b) der Bekanntmachung über die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 23. Dezember 1915 (RGBl. S. 845)

stehen den in österreichisch-ungarischen Diensten zurückgelegten Militärdienstzeiten die im Dienste einer anderen mit dem Deutschen Reiche verbündeten oder befreundeten Macht zurückgelegten Militärdienstzeiten gleich. Der § 2 der unter b bezeichneten Bekanntmachung findet auch zugunsten von Versicherten Anwendung, welche die Staatsangehörigkeit einer solchen anderen dem Deutschen Reiche verbündeten oder befreundeten Macht besitzen.

§ 2. — Wenn der Versicherte als Angehöriger der bewaffneten Macht des Deutschen Reichs oder eines mit ihm verbündeten oder befreundeten Staates an dem gegenwärtigen Kriege teilgenommen hat (§ 15 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) und während dieser Teilnahme verstorben, oder wenn er während dieser Teilnahme vermißt gewesen und sein Tod nachträglich festgestellt worden ist, gilt der Berechtigte im Sinne des § 1253 der RVO. als verhindert, den Antrag rechtzeitig zu stellen.

Das Hindernis gilt als weggefallen mit dem Schlusse des Kalenderjahrs, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist, oder mit dem Tage einer früheren Eintragung des Todesfalls in das Sterberegister oder einer früheren gerichtlichen Todeserklärung.

Das Vorstehende gilt entsprechend für Versicherte, die nicht zur bewaffneten Macht gehören, wenn sie sich bei ihr aufgehalten haben oder ihr gefolgt sind, oder wenn sie in die Gewalt des Feindes geraten sind.

§ 3. — Unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 1, 3 beginnt die Ausschlußfrist für den Antrag auf Witwengeld nach § 1300 der RVO. mit dem im § 2 Abs. 2 bezeichneten Zeitpunkt.

Ist eine Witwe innerhalb der letzten drei Monate der vorstehend oder der im § 1300 der RVO. vorgeschriebenen Frist infolge von Kriegsverhältnissen verhindert gewesen, den Anspruch auf das Witwengeld geltend zu machen, so gilt der Anspruch als rechtzeitig erhoben, wenn er vor dem Ablauf von drei Monaten nach dem Wegfall des Hindernisses geltend gemacht worden ist.

§ 4. — Als Wochenbeiträge im Sinne des § 1280 der RVO. zählen neben den im § 1281 daselbst bezeichneten Zeiten auch Zeiten ohne versicherungspflichtige Beschäftigung, während deren der Anwärter oder der Verstorbene wegen einer im gegenwärtigen Kriege erlittenen militärischen Dienstbeschädigung eine Rente von mindestens einem Fünftel der Vollrente bezog.

§ 5. — Die Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft. Die §§ 1, 2 der Bekanntmachung über Antragsrechte in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 12. Mai 1916 (RGBl. S. 371) treten mit dem Tage der Verkündung dieser Verordnung außer Kraft.*)

Ansprüche, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieser Verordnung schwebt, unterliegen deren Vorschriften. Ihre Nichtanwendung gilt auch dann als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Sind Ansprüche nach dem 31. Juli 1914 ganz oder teilweise abgelehnt worden, so hat sie die Versicherungsanstalt, soweit nicht Abs. 2 Platz greift, auf Antrag des Berechtigten nach den Vorschriften dieser Verordnung zu prüfen und über das Ergebnis einen neuen Bescheid zu erteilen.

Zivilgefangenschaft in Feindesland ist nicht als Militärdienstzeit anzurechnen.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 23. Oktober 1917 (2398 Amtl. Nachr. 1917 S. 616).

Nach der ausdrücklichen Vorschrift des § 1393 Abs. 1 Nr. 1 und 2 und des § 1281 Nr. 1 RVO. gelten als Militärdienstzeiten, durch welche die Beitragsleistung ersetzt wird. nur die Wochen, in denen der Versicherte zur Erfüllung der Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- oder Kriegszeiten eingezogen gewesen ist oder in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat. F. war, als er gefangengenommen wurde, noch nicht zum Militärdienst eingezogen, er stand noch nicht unter dem Befehle der Militärbehörde und befand sich noch nicht in einem militärischen Dienstverhältnisse (zu vgl. auch Revisionsentsch. 701 und Entsch. 2187, Amtl. Nachr. 1899 S. 160 und 1916 S. 438). Der Umstand, daß er als Landwehrmann eingezogen worden wäre, wenn er nicht in Gefangenschaft geraten wäre, ändert hieran nichts. Es kommt lediglich auf die tatsächlichen Verhältnisse an. Hiernach kann dem F. die Zeit seiner Zivilgefangenschaft nicht als Militärdienstzeit im Sinne des § 1281 Nr. 1 und des § 1393 Abs. 1 Nr. 1 und 2 angerechnet werden. Ebensowenig trifft § 1 der Bekanntmachung des Stellvertreters des Reichskanzlers über die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 23. Dezember 1915 (RGBl. 1915 S. 845, Amtl. Nachr. 1916 S. 320) hier zu, denn auch diese Bestimmung setzt die Zurücklegung von Militärdienstzeiten im Sinne des § 1393 Abs. 1 Nr. 1 und 2 der RVO. voraus (zu vgl. auch Hanow-Lehmann, Kriegsverordnungen zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und das Gesetz, betreffend Renten in der Invalidenversicherung vom 12. Juni 1916 S. 6 Anm. 3 zu § 1 der angeführten Bekanntmachung).

*) Tag der Verkündung (Ausgabe der Nr. 46 des RGBl.) ist der 2. April 1918.

Voraussetzung der Unanfechtbarkeit von Beiträgen nach § 1445 Abs. 3 RVO.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 3. November 1917 (2413 Amtl. Nachr. 1918 S. 172).

Die Revision rügt mit Recht Verletzung des § 1445 Abs. 3 RVO. Danach kann die Gültigkeit der in einer Quittungskarte entrichteten Beiträge nicht mehr bestritten werden, wenn seit der Aufrechnung der Karte 10 Jahre verstrichen sind. Wie sich schon aus dem Wortlaut der Vorschrift ergibt, gilt sie nur für solche Beitragsmarken, welche in einer aufgerechneten Quittungskarte enthalten sind (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 9b zu § 1445). Das entspricht auch dem Zwecke der Vorschrift. Durch sie soll verhütet werden, daß die Gültigkeit von Beiträgen noch in Frage gestellt wird, nachdem die Beitragsleistung viele Jahre hindurch unangefochten geblieben ist (zu vgl. Kommissionsbericht zur Reichsversicherungsordnung 4. Teil S. 192). Folgerichtig kann die Vorschrift nur angewandt werden, wenn die Versicherungsanstalt seinerzeit in der Lage war, die Beitragsleistung anzufechten. Dazu ist die Versicherungsanstalt aber regelmäßig erst imstande, wenn die Quittungskarte aufgerechnet ist. Denn die Quittungskarten sind nach § 1423 RVO. der Versicherungsanstalt erst dann zu übersenden, wenn sie nach § 1419 zum Umtausch eingereicht und aufgerechnet worden sind. Die Marken in der nicht aufgerechneten Quittungskarte 2 waren somit nicht gemäß § 1445 Abs. 3 RVO. geschützt, so daß das Urteil des Oberversicherungsamts wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechts aufzuheben war.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Verlängerung von Fristen in der Angestelltenversicherung.

Vom 28. März 1918 (RGBl. S. 167).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Die in dem Versicherungsgesetze für Angestellte bestimmten Fristen

1. für die Nachzahlung der rückständigen Beiträge, durch welche die erloschene Anwartschaft auf die Versicherungsleistungen wieder auflebt (§ 50 Abs. 1),
2. für den Antrag auf Stundung der rückständigen Beiträge, wenn die Anwartschaft während der Wartezeit erloschen ist (§ 50 Abs. 2),
3. für die Zahlung der Beiträge oder der Anerkennungsgebühr im Falle der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung oder der Aufrechterhaltung der erworbenen Anwartschaft (§ 201)

werden bis zum Ablauf des Kalenderjahrs verlängert, das dem Jahre folgt, in welchem der gegenwärtige Krieg beendet ist.

§ 2. — Die Zeit des Krieges wird in die für die Zurückweisung von Pflichtbeiträgen im § 205 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vorgeschriebenen Fristen nicht eingerechnet.

§ 3. — Die im § 209 Abs. 3, § 228 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte für die Verjährung des Anspruchs auf Rückerstattung von Beiträgen vorgeschriebenen Fristen laufen nicht vor dem 1. Juli des Kalenderjahres ab, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

§ 4. — Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung und mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft. Die Bestimmung im § 3 dieser Verordnung gilt jedoch nicht für solche Ansprüche auf Rückerstattung, welche am Tage der Verkündung dieser Verordnung bereits verjährt sind.*)

*) Tag der Verkündung (Ausgabe der Nr. 46 des RGBl.) ist der 2. April 1918.

Sprechsaal.

Gehören Kriegsbeihilfen zum Entgelt?

Die Frage, ob die Kriegsteuerungszulagen und die Kriegsteuerungsbeihilfen jeglicher Art als Entgelt im Sinne des § 160 RVO. und des § 2 Angest.-VersGes. anzusehen sind, bleibt solange strittig, bis durch eine letztinstanzliche Entscheidung Klarheit geschaffen ist. Wenn auch die Beweggründe der Gewährung von Zulagen und Beihilfen überall ein und dieselben sind — und sie sind auf die gegenwärtigen schweren Zeiten zurückzuführen, um die Angestellten vor Not zu schützen—, so ist doch die Art der Gewährung so vielgestaltig und zeitlich so unterschiedlich, daß sowohl die bisher ergangene Entscheidung des Oberschiedsgerichts für AngestVers. v. 17. 11. 16, als auch die Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 2385 Amtl. Nachr. 1917 S. 590 (ArbVers. 1917 S. 816) bei weitem nicht auf alle Fälle anwendbar ist.

Daß derartige Zuwendungen immer als Gegenleistung anzusehen wären, trifft nicht zu. Der Gesichtspunkt der Gegenleistung scheidet vielfach geradezu aus. Von einer solchen kann insbesondere in Fällen, in denen der Arbeitgeber seinen ausmarschierten Angestellten bzw. seinen Familienangehörigen neben dem vollen Gehalt oder einem Teil desselben noch Kriegsbeihilfen gewährt, überhaupt keine Rede sein. Es wäre ein unbilliges Verlangen dem Arbeitgeber gegenüber, wenn diesem zugemutet würde, seine Angestellten, denen er bei Ausbruch des Krieges auf seine Kosten die freiwillige Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse erhielt, um ihnen bzw. ihren Familien in Krankheits- und Todesfällen die Wohltaten der Kasse zu sichern, höher zu versichern, weil er ihnen infolge der langen Dauer des Krieges und der fortschreitenden Teuerung neben Gehalt noch Beihilfen gewährt. Läßt er dann noch seinen daheimgebliebenen Angestellten aus reiner Fürsorge, um ihnen das Durchhalten zu erleichtern, gleichfalls besondere Hilfe angedeihen, so soll er außerdem auch noch für die Lasten aufkommen, die ihm erwachsen, falls diese freiwilligen Gaben zum Entgelt hinzugeschlagen werden müßten. Das wird man billigerweise nicht verlangen können. Man würde also mit der einen Hand geben, um dem wirtschaftlich wirklich sehr geschwächten Angestellten seine nicht beneidenswerte Lage erträglich zu machen, mit der anderen Hand dagegen ihm wieder einen Teil der Wohltat in der Beitragsleistung für die in Betracht kommenden verschiedenen Versicherungsarten entziehen.*) Daß Beihilfen, die nicht planmäßig also in vorauszubestimmenden Zeitabschnitten wiederkehren, zum regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst geschlagen werden sollen, ist nicht einzusehen. Sie könnten allenfalls nur zu dem Monatsverdienst geschlagen werden, in welchem sie ausbezahlt werden; denn die Kriegsbeihilfen werden den

*) Anmerkung der Schriftleitung: Diese Erwägung trifft keinesfalls zu. Denn wenn die Zuwendung nicht als Entgelt anzusehen, der Arbeitgeber des Versicherungspflichtigen also insoweit nicht zu Beiträgen heranzuziehen ist, so kann auch nicht davon die Rede sein, daß der Versicherte Beiträge von dem Betrage der Zuwendung zu entrichten hätte.

Angestellten in den allermeisten Privatbetrieben nicht für eine bestimmte vorwärts- oder rückwärtsliegende Zeit oder gar über die ganze Kriegsdauer bewilligt. Die Beihilfen werden regelmäßig nicht nach der Gehaltshöhe des einzelnen, vielmehr für alle gleich oder so bemessen, daß die Angestellten mit kleineren Gehältern verhältnismäßig besser bedacht werden, als die mit den höheren; sie stehen also in keinem direkten Zusammenhang mit dem Gehalt, sie sind — soweit neben der Angestelltenversicherung noch eine Pensionskasse besteht — nicht pensionsberechtigt; ein Rechtsanspruch auf sie besteht auch nicht, sie können zu jeder Zeit nach Willkür widerrufen werden. Man wird also zu sagen haben, daß solche Beihilfen einfach von der Freigebigkeit und dem sozialen Empfinden des einzelnen Arbeitgebers abhängen (Jur. Wochenschrift 1918 S. 105). Einen Vergleich mit Gewinnanteilen oder Weihnachtsgeschenken halten sie nicht aus, weil diese in der Regel vertraglich festgesetzt sind, einen Bestandteil des Gehalts bilden und die Auszahlung derselben von der Erfüllung gewisser Voraussetzungen abhängt. Schließlich kann auch von einer „Gewohnheitsmäßigkeit" für sie keine Rede sein.

In unmittelbarem Zusammenhang mit der Frage, ob die Kriegsbeihilfen als Entgelt zu betrachten sind, steht die Frage der Pfändbarkeit (§ 850 ZivPrO.) und weiterhin die der Steuerpflicht der Beihilfen. Über die Pfändbarkeit gehen die Entscheidungen der Gerichte noch auseinander. Teils sprechen sie die Pfändbarkeit aus (vgl. K. Amtsgericht Stuttgart-Stadt vom 5. Oktober 1917, Württemb. Zeitschrift für Rechtspflege und Verwaltung, XI. Jahrg. v. 1. 1. 18 Nr. 1 S. 9 und Oberlandesgericht Königsberg, Deutsche Juristenzeitung v. 1917 S. 972); teils wird die Pfändbarkeit verneint (vgl. Oberlandesgericht Köln, Leipziger Zeitschrift für Deutsches Recht Heft 15/16 XI. Jahrg. v. 15. 8. 17 S. 1015 und Oberlandesgericht Bamberg, Juristische Wochenschrift Nr. 2 v. 1. 2. 18 S. 105). Dasselbe gilt für die Frage der Steuerpflicht der Beihilfen. In einzelnen Bundesstaaten sind sämtliche Kriegsteuerungszulagen und Beihilfen sowohl die der Staatsdiener als auch die der Arbeiter und Angestellten in Privatbetrieben steuerfrei, sofern auf sie kein Rechtsanspruch besteht.

Man sieht daraus, daß eine Einheitlichkeit in der Auffassung all dieser Fragen vollständig fehlt und daß es deshalb zu begrüßen wäre, wenn Reich und Bundesstaaten eine grundsätzliche und einheitliche Stellungnahme anstreben und durchführen würden.

Jul. Dittmann in Stuttgart.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Erhöhung der Gebühren für Ärzte in Württemberg.

Das württ. Ministerium des Innern hat die Gebühren der approbierten Ärzte für die Geschäfte der Privatpraxis mit Wirkung vom 1. April d. Js. an bis auf weiteres erhöht. Für den ersten Besuch des Arztes bei dem Kranken, auch wenn Sprechstundenberatung vorausgegangen ist, können berechnet werden 3—10 ℳ, für jeden folgenden Besuch im Verlauf derselben Krankheit 1,50—5 ℳ; für erste Beratung eines Kranken ohne Besuch zu 2—6 ℳ, für jede folgende Beratung in derselben Krankheit 1 bis 3 ℳ, für jede Beratung außerhalb der Sprechstundenzeit 2—6 ℳ. Für Besuche oder Beratungen während der Nachtzeit (von 8 Uhr abends bis 7 Uhr morgens) beträgt die Gebühr das Doppelte, jedoch nicht unter 4 ℳ; die gleichen Sätze gelten für die Besuche an Sonntag-Nachmittagen. Bei Fahrten mit der Eisenbahn sind die Kosten der zweiten Wagenklasse zu vergüten; außerdem hat der Arzt Anspruch auf Entschädigung für die durch die Zurücklegung des Weges bedingte Zeitversäumnis, und zwar 1,50—3 ℳ für jede angefangene halbe Stunde der für die Reise erforderlichen Zeit bis zum Höchstbetrag von 40 ℳ für den Tag.

Wir bemerken hierzu, daß die Ärztekammern in Preußen eine allgemeine Erhöhung der Taxsätze um 50 v. H. anstreben!

Ein diagnostisches Institut

hat die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin am 1. April eröffnet. In ihm sollen alle durch die moderne Forschung als notwendig anerkannten Laboratoriumsuntersuchungen ausgeführt werden. Damit hat sie eine für die soziale Fürsorge ihrer Mitglieder sehr wichtige Neuerung geschaffen, denn nur ein geringer Teil der Kassenärzte, nur solche, welche eine Klinik oder Poliklinik unterhielten, hatten bisher die Möglichkeit, für die Kassenkranken genaue Laboratoriumsuntersuchungen auszuführen. Bei dem praktischen Arzt ist es heute so gut wie selbstverständlich, daß Laboratoriumsuntersuchungen vorgenommen werden müssen, und so entstand eine Anzahl von Laboratorien für medizinische Diagnostik, welche aber, da die Untersuchungen teuer sind, nur den wohlhabenderen Klassen zugute kamen. Mit der Gründung des Diagnostischen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin erwirbt sich die Allgemeine Ortskrankenkasse ein hohes Verdienst. Die Kasse entlastet ihre Ärzte in ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit beträchtlich und gibt ihnen ein wertvolles Rüstzeug im Kampfe um die Gesundheit des Volkes an die Hand. („Tägl. Rundschau".)

Neuaufnahme der Löhne der Versicherten bei den Krankenkassen.

Immer mehr wachsen die Klagen der Krankenkassenverwaltungen darüber, daß die Arbeitgeber ihre Meldepflicht namentlich hinsichtlich der Löhne der Versicherten in grober Weise vernachlässigen. Seitdem durch die Kriegswirkungen eine vielfache Steigerung der Löhne und Gehälter stattgefunden hat, stimmten die bei der Kasse gemeldeten Löhne mit den tatsächlichen in großem Umfange nicht mehr überein. Die Kassen haben schon auf Mittel gesonnen, hier Abhilfe zu schaffen, und es sind Maßnahmen wie Betriebsrevisionen usw. empfohlen worden.

Ein sehr wirksames Hilfsmittel, das jede Kasse in Anwendung bringen kann, sind die Lohnerhebungen. Auf dem letzten Verbandstag der Ortskrankenkassen in Elsaß-Lothringen wurde von der Allgem. Ortskrankenkasse Straßburg darüber berichtet. Sie teilte mit, daß die von ihr vorgenommene derartige Erhebung das überraschende Ergebnis gezeitigt habe, daß bei mehr als der Hälfte der Mitglieder die Löhne nicht richtig ge-

meldet waren. Die Erhebung wurde von der Kasse gelegentlich der Einführung der neuen Klasseneinteilung der Versicherten vorgenommen. Sie kann aber auch bei jeder anderen Gelegenheit durchgeführt werden.

Die Erhebung besteht darin, daß den Arbeitgebern ein (vierseitiges) Formular zugestellt wird. Auf der ersten Seite ist der Zweck des Unternehmens auseinandergesetzt und darauf hingewiesen, daß für unrichtige Angaben der Arbeitgeber haftbar und strafbar ist. Weiter ist vermerkt, daß alle Kriegs-, Familien-, Teuerungs- und sonstige Zulagen zum Entgelt im Sinne der Reichsversicherungsordnung gehören und mit anzumelden sind. Schließlich befinden sich noch Erläuterungen über die Berechnung der Monats-, Vierteljahrs-, Stücklöhne usw. darauf. Die Innenseiten enthalten ein (von der Kasse hergestelltes) Verzeichnis der versicherungspflichtigen Personen des betr. Arbeitgebers. In die dahinterliegenden Spalten ist vom Arbeitgeber das Familienverhältnis des Versicherten, die Zahl seiner Kinder unter 15 Jahren und vor allem der jetzige Entgelt (Barlohn, etwaige Naturalbezüge usw.) und seit wann dieses gewährt wird, einzutragen. Durch das Vorschreiben der Namen soll dem Arbeitgeber die Mühe möglichst erleichtert, andererseits auch eine größere Ordnung in die Erhebung überhaupt hineingebracht werden. Die Ausfüllungen sind vom Arbeitgeber mit der Versicherung der Richtigkeit zu unterschreiben.

Das mitgeteilte überraschende Ergebnis der Erhebung, obschon diese nicht bei den Versicherten, sondern bei den Arbeitgebern vorgenommen wurde, rührt wohl daher, daß die Arbeitgeber im großen und ganzen nach der Gestaltung des Fragebogens ihre bisherigen Lohnangaben weiter gar nicht mehr im Auge hatten und demgemäß auch gar nicht dazu kamen, hierauf dabei Bedacht zu nehmen. Weiter dürfte das Ergebnis auch ein Beweis dafür sein, daß bei der mangelhaften Erfüllung der Meldepflicht durch die Arbeitgeber weniger Böswilligkeit und Absicht, als vielmehr Unachtsamkeit und Fahrlässigkeit vorliegt. Besonders bewährte sich die Spalte 10 des Fragebogens: „Dieser Entgelt wird gezahlt seit wann?" Dadurch wurde in einer großen Zahl von Fällen, in denen die Lohnveränderungsanzeige unterblieben war, die Nacherhebung der Beiträge nach der höheren Klasse ermöglicht. Die hierdurch zur Einziehung gekommenen Beitragssummen waren so erheblich, daß sich die mit der Erhebung verbundene ungeheure Arbeit sehr wohl verlohnte.

Die auf dem Verbandstag ausgesprochene Empfehlung solcher Erhebungen kann nur unterstützt werden. Bei der Einführung der neuen Lohnstufen auf Grund der Bundesratsverordnung vom 22. November 1917 erscheint sie sogar unerläßlich, wenn eine Gewähr für die Richtigkeit der neuen Klasseneinteilung der Versicherten geschaffen werden soll.

Über die Wirkung der Reichswochenhilfe

in Mannheim berichtet in der Zeitschrift für Säuglings- und Kinderschutz (1918 Heft 3 S. 73) Elisabeth Blaustein: Im März 1915, wenige Wochen nach der Bundesratsverordnung vom Dezember 1914 über die gesetzliche Reichswochenhilfe, wurde in Mannheim innerhalb der Zentrale für Kriegsfürsorge die Wöchnerinnenabteilung II geschaffen, der es zur Aufgabe gemacht wurde, die Empfängerinnen der Reichswochenhilfe unter ihre Aufsicht zu nehmen (s. ausf. Bericht Zeitschrift für Säuglingsschutz Dezember 1915 Heft 12 VII. Jahrg., Säuglingsschutz und Reichswochenhilfe von ders. Verf.).

Es wurde im Einverständnis aller hiesigen Krankenkassen (Orts-, Betriebs-, Innungskassen) und mit dem Lieferungsverband die Vereinbarung getroffen, sämtliche Wöchnerinnen, die einen Antrag auf Reichswochenhilfe stellen, in Mannheim selbst oder in den Vororten wohnhaft, der Wöchnerinnenabteilung II zu melden. Eine Zersplitterung der Überwachung war damit ausgeschlossen, eine einheitliche Kontrolle und was viel ausschlaggebender ist, eine sach- und fachgemäße Aufklärung und Belehrung war gesichert.

Die Mütter werden alle 14 Tage in ihrem eigenen Hause von der Säuglingspflegerin besucht und erhalten, nachdem sie das Kind gestillt haben, eine Stillbescheinigung. In der dazwischen liegenden Woche wird das Kind zur Mütterberatungsstelle im alten Rathaus gebracht, gewogen, vom Arzt untersucht, und die Mutter erhält hier vom Arzt ihre Stillbescheinigung. Arzt und Säuglingspflegerin arbeiten Hand in Hand.

Nach beendeter 12wöchentlicher Vorstellungsfrist wird die stillende Mutter aufgefordert, weiterhin ihr Kind der Mütterberatungsstelle anzuvertrauen, sie bekommt nach weiteren vier Wochen eine Prämie von 3 *M*, nach weiteren zwei Monaten wieder 3 *M*, und wenn das Kind ein Jahr alt ist und vorgestellt wird, eine Schlußprämie von 5 *M* von der Zentrale für Kriegsfürsorge.

Fester Brauch ist es, die Kinder, die unter unserer Aufsicht gestanden haben, nach Ablauf ihres ersten Lebensjahres in der Wohnung aufzusuchen. Es wird dabei die Stilldauer festgesetzt, die Art der Entwicklung des Kindes, etwaige Krankheitserscheinungen werden mit der Mutter besprochen. Ein großes Stück Arbeit bedeutet es, die Kinder aufzusuchen, die teils verzogen, oder gar nicht, trotz vielen Suchens aufzufinden waren. An Hand einer Statistik, die infolge lückenhaften Materials keinen Anspruch auf Vollständigkeit macht, hat sich folgendes feststellen lassen: Vom 1. Januar 1915 bis 31. Dezember 1915 standen 2466 Kinder unter unserer Aufsicht, davon wurden 1956 gestillt, 200 nicht gestillt, also 8 v. H. ungefähr erhielten keine Mutterbrust. 310 Kinder sind gestorben, darunter 6 Frühgeburten und 27, die an Lebensschwäche gleich nach der Geburt ihr zartes Leben lassen mußten (12 v. H.). Unter den 1956 gestillten Kindern zählten wir 1659 eheliche und 297 außereheliche, gleich ungefähr 15 v. H. Während der ganzen Dauer der Wochenhilfe- und Stillgeldgewährung mit anschließender Prämie von 3 *M*, nämlich 16 Wochen lang stellten 941 Mütter ihre Säuglinge vor. 370 Frauen brachten die Kinder nur bis zur Gewährung des gesetzlichen Stillgeldes, 12 Wochen lang. 187 Mütter haben weniger als 12 Wochen ihr Kind zur Beratung gebracht und 161 Mütter sind trotz wiederholter Aufforderung nie zur Beratungsstunde erschienen. Das waren meist solche, die früher in besseren Verhältnissen gelebt hatten und sich scheuten, mit anderen, vielfach einfacheren Frauen zusammenzustehen, Frauen von Kaufleuten, Beamten, Ingenieuren usw. Einige der nicht erschienenen Frauen waren krank oder deren Familienmitglieder waren erkrankt.

1469 Kinder, d. s. 75 v. H. der gestillten Kinder, hatten sich normal entwickelt, sie hatten Zähne, fingen an zu laufen oder liefen schon selbständig und machten Sprechversuche, 82 Kinder wurden als schwächlich bezeichnet, 57 zeigten deutliche Ansätze von Rachitis, 191 wurden krank gemeldet und 331 waren nicht auffindbar, verzogen oder nach auswärts zu Verwandten aufs Land gebracht. Jedenfalls werden unter den

191 als krank bezeichneten Kindern rachitische, tuberkulose und skrofulöse Kinder sich befinden; denn nur 17 lagen an vorübergehender Krankheit darnieder: Masern, Husten, Darmkatarrh usw. Interessant ist nun festzustellen, wie lange die Kinder gestillt wurden.

1 Monat	haben	gestillt	76	Mütter
2 Monate	„	„	186	„
3 „	„	„	324	„
4 „	„	„	332	„
5 „	„	„	139	„
6 „	„	„	194	„
7 „	„	„	68	„
8 „	„	„	47	„
9 „	„	„	96	„
10 „	„	„	24	„
11 „	„	„	18	„
12 „	„	„	86	„

Länger als ein Jahr haben 176 Mütter gestillt. Nicht festzustellen war die Stillzeit bei 196 Frauen, deren Kinder bei Pflegefrauen oder Verwandten wohnten, die keine Auskunft über die Dauer des Stillens geben konnten.

Unter den nicht gestillten Kindern befanden sich 139 eheliche und 61 uneheliche (30 v. H.). 99 Kinder hatten sich trotz Flaschenernährung normal entwickelt, also fast die Hälfte. Was nun die 310 gestorbenen Kinder anbetrifft, so befanden sich 241 eheliche und 69 uneheliche (22 v. H.) unter ihnen. Trotzdem auch unter diesen die größte Zahl gestillt worden ist, nämlich 228 (83 v. H.), 50 Kinder 3 Monate lang, 46 Kinder 4 Monate, sind sie in den ersten Monaten gestorben, in dem 1. und 2. Monat je 40 und 27 Säuglinge.

Die Todesursache war verschiedener Art, es starben an:

Lebensschwäche	22
Krämpfen	36
Ernährungsstörung	19
Lungenentzündung	33
Scharlach	4
Masern	7
Keuchhusten	3
Stimmritzenkrampf	6
Darmtuberkulose	22
Rachitis	1
Diphtherie	2
Gehirnhautentzündung	3
Herzschlag	4
Hirnschlag	2
Mittelohrentzündung	1
Brustfellentzündung	1
Leberleiden	1
Nierenleiden	1
Unglücksfall	1
Kind erdrückt	1
Todesursache nicht genau angegeben	102

Nun sei noch der 15 Zwillingspaare gedacht, 11 von den 30 Kindern starben in den ersten Lebensmonaten, meist an Mangel an Lebenskraft oder infolge der Zwiemilchernährung.

In Mannheim insgesamt wurden während unseres Betrachtungsjahres 3572 Kinder geboren, davon standen 2466 in unserer ständigen Bewachung, gleich 69 v. H., mehr als zwei Drittel der Säuglinge sind uns demnach zugeführt worden. Überhaupt gestorben sind im Jahre 1916 473 Kinder im ersten Lebensjahre = 13 v. H. Interessant und aufmunternd zur weiteren Fürsorgearbeit waren Vergleichszahlen aus anderen Jahrgängen vor dem Kriege, die uns leider nicht zur Verfügung stehen, vor allem nicht aus dem geschlossenen Kreise vorhanden sein können, aus dem sich das Müttermaterial des Berichtsjahres zusammengesetzt hat. Dr. Alfons Fischer, Karlsruhe, hat bei der Tagung des 5. Deutschen Säuglingskongresses eine vergleichende interessante Statistik aus dem Jahre 1911 gebracht.

Man kann bei uns in Mannheim nicht die gute Wirkung der Reichswochenhilfe nach statistischen Unterlagen allein beurteilen. Die Erfahrungen sind für uns zu jung. Aber zweifellos wird von allen Müttern mehr und lieber gestillt als früher, was man aus dem eigenen Munde der Stillenden bestätigt hören kann, soweit sie früher schon Kinder geboren haben. Für die allgemeine Abnahme der Säuglingssterblichkeit, selbst in den heißen Monaten, wäre kein Grund festzustellen, wenn nicht die Unterstützung durch die Reichswochenhilfe.

Ich behaupte, daß das Stillgeld in der Hauptsache die Mütter zu ihrer ersten und heiligsten Pflicht zurückgeführt hat, ohne die Aufklärung und Belehrung über Stillpflicht durch Arzt, Säuglingspflegerin und Merkblätter unterschätzen zu wollen und ohne zu vergessen, daß die jetzt häufig mangelhafte Beschaffenheit der Tiermilch die Mütter zwingt, dem Kinde die Brust zu reichen.

Es muß deshalb unsere Aufgabe sein, die Mütter- und Säuglingsfürsorgestellen mit der Stillprämiengewährung immer mehr auszudehnen. Wenn das Reich in den ersten 12 Wochen für unsere Mütter sorgt, muß es Ehrenpflicht der Gemeinde werden, die weitere Verantwortung auf sich zu nehmen, und weitere Prämien auszusetzen.

In Mannheim sind im Jahre 1913 lebend geboren 6315 Kinder, im Berichtsjahr 1916 3572, das ist eine Abnahme für die hiesige Stadt von 43,5 v. H. Das sind Zahlen, die zu denken geben.

Die Unfallversicherung im Jahre 1916.

Die Nachweisungen über die gesamten Rechnungsergebnisse der Träger der Unfallversicherung für das Jahr 1916, die soeben vom Reichsversicherungsamt veröffentlicht werden, enthalten wiederum eine Fülle bemerkenswerter Mitteilungen. Sie zeigen, daß die Geschäftsergebnisse der Berufsgenossenschaften wohl das getreueste Spiegelbild der durch den Krieg hervorgerufenen wirtschaftlichen Veränderungen bilden. Die äußere Organisation der Versicherungsträger ist im großen und ganzen dieselbe geblieben: es bestehen 68 gewerbliche Berufsgenossenschaften mit 14 Zweiganstalten, 49 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, 193 staatliche und 379 gemeindliche Ausführungsbehörden. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften verminderte sich von 1915 zu 1916 die Zahl der Betriebe von 789 078 auf 769 690. Es sind hier nur die Hauptbetriebe gezählt, die im Betriebsverzeichnis geführt wurden. Nebenbetriebe bleiben unberücksichtigt. Die Zahl der durchschnittlich versicherten Personen verminderte sich von 7 547 338 auf 7 442 518, dagegen vermehrte sich die Zahl der Vollarbeiter (zu je 300 Arbeitstagen) von 6 692 104 auf 6 702 518. Die Zunahme dieser „Vollarbeiter“ ist ein Beweis dafür, daß die Zahl der Arbeitstage des einzelnen Arbeiters (die Intensität der Arbeit) zugenommen hat. In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung wird seit einer Reihe von Jahren die Zahl der Betriebe mit 5 485 800 und die der versicherten Personen mit 17 403 000 angegeben. Diese Ziffern beruhen auf der vom Reiche im Jahre 1907 durchgeführten landwirtschaftlichen Betriebsstatistik. Bei den Ausführungsbehörden erhöhte sich die Zahl der versicherten Personen von 1 194 243 auf

1 231 052, die der Vollarbeiter von 973 660 auf 1 035 583. Das ist eine Folge der durch den Krieg ausgestalteten behördlichen wirtschaftlichen Unternehmungen. Die Zunahme der Versicherten erstreckt sich nur auf einige wenige Industriezweige. Sie stieg z. B. bei der Knappschafts-Berufsgenossenschaft von 664 812 auf 703 614, Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft von 188 699 auf 227 711, Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft von 235 571 auf 284 526 usw.

Im Dienste sämtlicher gewerblicher und landwirtschaftlicher Berufsgenossenschaften standen Ende des Berichtsjahres 1291 Mitglieder der Genossenschafts- und 5959 Mitglieder der Sektionsvorstände, 24 730 Vertrauensmänner, 5070 Verwaltungsbeamte und 449 technische Aufsichtsbeamte. Vertreter der Versicherten zur Beratung der Unfallverhütungsvorschriften waren bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 1872 und bei den landwirtschaftlichen 361 vorhanden. — Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften stieg die Summe der an die Versicherten tatsächlich gezahlten Löhne und Gehälter von 8 433 062 501 auf 9 390 160 929 *M*. Bei der etwa gleichgebliebenen Zahl der Versicherten ist das eine gewaltige Steigerung. Es entfällt damit auf jeden Beschäftigten im Durchschnitt der Betrag von rund 1400 *M*. Auch bei dieser Steigerung der Löhne steht der Bergbau und die Metallindustrie obenan. Bei der Knappschafts-Berufsgenossenschaft erhöhten sich die Löhne von 1 119 130 300 *M* im Jahre 1915 auf 1 365 405 444 *M* im Jahre 1916, bei der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft von 372 988 399 auf 520 121 855 *M*.

Die Zahl der Unfälle hat eine Steigerung erfahren. Bei allen Versicherungsträgern zusammen stieg die Zahl der gemeldeten Unfälle von 592 504 auf 606 056, die der erstmalig entschädigten von 96 227 auf 103 184. Die Unfälle mit tödlichem Ausgang vermehrten sich allein von 8969 auf 9951. Berechnet auf 1000 Versicherte erhöhte sich die Zahl der Verletzten bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften von 56,71 auf 59,05, bei den landwirtschaftlichen verminderten sie sich von 5,70 auf 5,46. Auffällig ist die große Zunahme der Zahl der weiblichen Verletzten. Sie stieg bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften von 3329 auf 6309 und bei den landwirtschaftlichen von 13 242 auf 14 897. Diese Vermehrung erklärt sich nur zum Teil aus der Zunahme der weiblichen Versicherten. Sie wird im übrigen mit darauf zurückzuführen sein, daß die Frauen immer mehr zu schweren, ungewohnten und gefährlichen Arbeiten herangezogen wurden. Die verhältnismäßige Zahl der Verletzten, für die zum erstenmal Entschädigungen festgesetzt wurden, erhöhten sich, berechnet auf 1000 Versicherte, von 6,64 im Jahre 1915 auf 7,46 im Jahre 1916.

Die Folgen der Verletzung waren in 681 Fällen dauernde völlige Erwerbsunfähigkeit, in 35 398 Fällen dauernde teilweise Erwerbsunfähigkeit und in 57 153 Fällen vorübergehende Erwerbsunfähigkeit. Die Zahl der von den 9951 getöteten Versicherten hinterlassenen Entschädigungsberechtigten, die im Geschäftsjahr die erste Rente erhalten haben, betrug 18 355. Darunter befanden sich 6338 Witwen, 11 606 Kinder und Enkel und 411 Verwandte der aufsteigenden Linie. Es kamen bei den einzelnen Versicherungsträgern auf 1000 Versicherte überhaupt Verletzte: Knappschafts-Berufsgenossenschaft 137,38, Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft 165,41, Südwestdeutsche Eisen-Berufsgenossenschaft 120,90, Schlesische Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft 109,61, Nordöstliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft 106,00, Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft 124,06, Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft 93,75, Nordwestliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft 86,34. Diesen Genossenschaften mit hohen Unfallziffern stehen folgende mit geringen Unfallgefahren gegenüber: Tabak-Berufsgenossenschaft 6,11, Süddeutsche Textil-Berufsgenossenschaft 5,24, Seiden-Berufsgenossenschaft 5,97, Sächsische Textil-Berufsgenossenschaft 8,76, Detailhandels-Berufsgenossenschaft 8,59.

Die Betriebseinrichtungen und Vorgänge, bei denen sich die Unfälle ereignen, sind je nach dem Berufszweig recht verschieden. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften stehen die Motoren, Transmissionen und Arbeitsmaschinen mit 13 711 der entschädigungspflichtigen Unfälle obenan. Es folgen Zusammenbruch, Einsturz, Herab- oder Umfallen von Gegenständen mit 8193, Fall von Leitern, Treppen, aus Luken, in Vertiefungen usw., auf ebener Erde mit 6574, Auf- und Abladen von Gegenständen, Heben und Tragen usw. 5826, Hebemaschinen, Fahrstühle, Aufzüge 3179, Fuhrwerk (Überfahren, Absturz usw.) 2394 usw. Anders ist das Bild bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften. Bei diesen steht der Fall von Leitern, Treppen, in Vertiefungen usw. mit 11 065 aller erstmals entschädigten Fälle an erster Stelle. Es folgen die Unfälle durch Fuhrwerk (Überfahren usw.) mit 7517, sodann diejenigen durch den Umgang mit Tieren (Stoß, Schlag, Biß, einschließlich der Unfälle beim Reiten) mit 6367, Motore, Transmissionen, Arbeitsmaschinen mit 4147, Handwerkszeug und einfache Geräte 2666, Zusammenbruch, Einsturz 2636 usw.

Die Zahl aller Verletzten, für die Entschädigung gezahlt worden ist, belief sich im Berichtsjahr bei allen Versicherungsträgern auf 966 583. Darunter befinden sich 863 399 aus den Vorjahren übernommene und 103 184 im Geschäftsjahr dazugekommene. Von der Gesamtsumme entfallen auf die gewerblichen Berufsgenossenschaften 500 492, auf die landwirtschaftlichen 399 284 und auf die Ausführungsbehörden 57 872. Die Gesamtsumme der Entschädigungen (Renten usw.) belief sich im Berichtsjahr auf 177 862 883 *M*, gegen 173½ Mill. Mk. im Jahre 1915 und 168 Mill. Mk. im Jahre 1912. Von den Gesamtausgaben im Jahre 1916 entfallen auf Heilverfahren 10 245 384 *M*, davon allein an Kur- und Verpflegungskosten in Heil- und Genesungsanstalten 4 930 784 *M* für 21 923 Personen. An Renten wurde für 830 748 Verletzte 121 318 009 *M* ausgezahlt. Von der Unterbringung Verletzter in Invalidenhäusern wird nur ganz spärlich Gebrauch gemacht; von sämtlichen Versicherungsträgern wurde nur für 71 Personen 26 310 *M* aufgewendet. Für einmalige Abfindungen wurden rund 3¾ Mill. Mk. ausgezahlt, und zwar an 4575 Verletzte, die ein Fünftel oder weniger der Vollrente bezogen haben, 3 538 525 *M*, und an 149 Ausländer bei Aufgabe ihres Wohnsitzes im Deutschen Reich 167 336 *M*. An Sterbegeldern wurden für 10 536 Personen 900 961 *M* und an Renten für 105 295 Witwen 19½ Mill. Mk. ausgezahlt. 112 545 Kinder und Enkel von Getöteten erhielten 20½ Mill. Mk. an Rente. Von den sonstigen Ausgaben sind noch bemerkenswert: Fürsorge für Verletzte innerhalb der Wartezeit 774 275 *M*, Unfalluntersuchung, Feststellung der Entschädigung, Überwachung der Rentenempfänger 4 414 064 *M*, Kosten des Verfahrens bei den Ober- und Landesversicherungs-

ämtern und dem Reichsversicherungsamt 620 000 *M*, Unfallverhütung 1 891 759 *M*, allgemeine Verwaltung 20¼ Mill. Mk., besondere Verwaltung (Heil- und Genesungsanstalten usw.) 3 090 335 *M*. Die Summe aller Ausgaben betrug rund 227 Mill. Mk.

Die Summe der Einnahmen betrug bei den gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 213¼ Mill. Mk. und bei den Zweiganstalten rund 2 Mill. Mk. Unter diesen Einnahmen der Berufsgenossenschaften befinden sich 184 Mill. Mk. Umlagebeiträge. Die **Rücklage** der Genossenschaften betrug insgesamt 357¼ Mill. Mk. **Der Vermögenszugang im Jahre 1916 betrug rund 3 Mill. Mk.** Manche Versicherungsträger haben ihrer Rücklage erhebliche Beträge entnehmen müssen. — Im allgemeinen ist zu erkennen, daß sich die Versicherungsträger der veränderten wirtschaftlichen Lage gut anpassen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Rückforderung der nach § 395 AngestVersGes. zur Abkürzung der Wartezeit geleisteten Zahlung?

1. Nach L. Frage: Auf Antrag des Vorsitzenden und des Kassierers, beide besoldete Angestellte unserer Ersatzkasse, bewilligte der Vorstand die Mittel zur Abkürzung der Wartezeit nach § 395 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und leistete die Zahlung der betreffenden Summe im Jahre 1916. Das Kais. Aufsichtsamt für Privatversicherung beanstandet den Beschluß und die Zahlung und will beides nur zulassen, wenn die Generalversammlung der Kasse dem Beschlusse des Vorstandes beitritt. Muß, wenn die Generalversammlung dem Beschlusse des Vorstandes nicht beitritt, die Reichsversicherungsanstalt den Betrag zurückzahlen? Oder sind die Angestellten oder der Vorstand erstattungspflichtig?

Antwort: Unter den Voraussetzungen des § 395 AngestVersGes. kann die Reichsversicherungsanstalt einzelnen Angestellten gestatten, die Wartezeit durch Einzahlung der entsprechenden Prämienreserven abzukürzen. Die Angestellten also haben den Antrag zu stellen und die Zahlung zu leisten. Mit ihnen allein hat es die Reichsversicherungsanstalt zu tun. Leistet ein Dritter die Zahlung, so geschieht es für den Angestellten; die Reichsversicherungsanstalt empfängt den Betrag in keinem Falle „ohne rechtlichen Grund" und kann daher auf Rückzahlung nicht in Anspruch genommen werden (§ 812 BGB.). Einen solchen Anspruch kann die Kasse nur gegen die Angestellten erheben; diese haben allerdings durch die Zahlung aus Mitteln der Kasse auf deren Kosten einen Vorteil ohne rechtlichen Grund erlangt, weil sie keinen Anspruch darauf hatten und der Vorstand zur Zahlung nicht befugt war. Würde der Betrag von den Angestellten nicht zu erlangen sein, so haftet der Vorstand auf Grund der §§ 27 Abs. 3; 276, 278 BGB. für das bei seiner Geschäftsführung begangene Versehen.

Zuständigkeit des städtischen Versicherungsamts für ein Strafverfahren gegen die Stadtvertretung.

2. Nach G. Frage: Eine Stadtgemeinde hat einen in ihrem Forst beschäftigten Waldarbeiter verspätet bei der Ortskrankenkasse abgemeldet. Die Kasse hat deshalb die Stadtgemeinde bei dem Versicherungsamt zur Anzeige gebracht und um Bestrafung ersucht. Letzteres ist bei der Stadtgemeinde errichtet, welche die Meldevorschriften übertreten hat. Ist dieses Versicherungsamt für die Behandlung der Anzeige und Festsetzung der Strafe zuständig?

Antwort: Unbedingt! Das Strafverfahren kann sich doch nur gegen bestimmte natürliche Personen (zu vergl. §§ 534, 536 Ziff. 1 RVO.) richten. Wenn eine dieser Personen zur Bearbeitung der Sache im Versicherungsamt an sich berufen wäre, müßte für sie selbstverständlich ein Vertreter eintreten. Der bloße Umstand aber, daß die zur Amtsverwaltung berufene Person ein Beamter der Stadtgemeinde ist, gegen deren Organe sich das Strafverfahren zu richten hat, begründet nicht die Ausschließung jener Person. Zu vgl. über einen ähnlichen Fall: ArbVers. 1916 S. 54.

Zur Angestelltenversicherungspflicht von „Vorzeichnern" in Brückenbaubetrieben.

3. Nach D. Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei, daß die in Frage stehenden sogenannten Vorzeichner nicht versicherungspflichtig nach dem AngestVersGes. sind. Die im Betriebe oder sonst übliche Bezeichnung als Vorzeichner ist für diese Frage selbstverständlich nicht entscheidend. Wenn das Oberschiedsgericht in der grundsätzlichen Entscheidung v. 10. 11. 16 („Angestelltenversicherung" 1916 Heft 4 S. 66) Vorzeichner einer Brückenbau-Aktiengesellschaft für versicherungspflichtig erklärt hat, so hat das seinen entscheidenden Grund in den über die Art der Tätigkeit der Vorzeichner in dem genannten Betriebe getroffenen Feststellungen. Es hatte sich ergeben, daß die Tätigkeit dieser Personen durch Kenntnis und Übung in technischen Fähigkeiten, durch Beherrschung mathematischer Kenntnisse, durch die Aufgabe, Zeichnungen auf die Vermeidung von Fehlern zu prüfen usw., weit über das Maß dessen hinausging, was die Aufgabe der eigentlich handarbeitenden Bevölkerung ist; bei einzelnen kamen auch noch Aufsichts-, Anordnungs- und Anleitungsbefugnisse in Betracht. Aber gerade diese gehobenen Tätigkeiten sind nach Ihren Darlegungen aus dem Aufgabenkreise der Vorzeichner in Ihrem Betriebe ausgeschieden und dem Werkstättenbureau übertragen. Damit entfällt die Versicherungspflicht, wie ja auch die Reichsversicherungsanstalt inzwischen anerkannt hat. Allein für die endgültige Austragung der Streitfrage ist das noch nicht entscheidend. Denn nicht nur der

Reichsversicherungsanstalt steht es zu, Personen als versicherungspflichtig nach dem AngestVersGes. in Anspruch zu nehmen, sondern auch diese Personen selbst haben das Recht hierzu und können gegenüber dem die Versicherungspflicht bestreitenden Arbeitgeber und gegenüber der Reichsversicherungsanstalt auf Streitentscheidung nach § 210 antragen. Dies haben, wie wir aus dem Schreiben des Rentenausschusses v. 2. 3. 18 entnehmen, die Vorzeichner, vertreten durch ihren Verband, getan. Der in dem Schreiben enthaltene Hinweis auf die §§ 178, 179 AngestVersGes. ist keine den Arbeitgeber zur Zahlung der Beiträge verpflichtende Auflage; die Reichsversicherungsanstalt wird jedenfalls von einer Beitreibung der Beiträge, im Hinblick auf ihre eigene Stellungnahme zur Frage der Versicherungspflicht, Abstand nehmen. Jener Hinweis des Rentenausschusses ist nur eine Empfehlung, deren Zweckmäßigkeit sich aus der Beschränkung des Abzugsrechtes des Arbeitgebers (§ 179) ergibt. Übrigens verjährt der Anspruch auf Beitragsrückstände (falls eine Beitragspflicht im vorliegenden Falle im Streitverfahren überhaupt festgestellt werden sollte) in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit (§ 228). Eine Nachforderung für die ganze Zeit seit dem 1. 1. 13 kommt also keinesfalls in Frage.

„Rückständige" Rentenbeträge im Sinne des § 1507 RVO.

4. Nach Bochum. Antwort: Rückständig im Sinne des § 1507 RVO. sind solche Rentenbeträge, auf die (im Zeitpunkt der Anmeldung des Ersatzanspruchs durch die Krankenkasse) der Versicherte einen fälligen Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft für einen zurückliegenden Zeitraum hat. Erfolgt die Feststellung der Unfallrente mit Rückwirkung auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt, so sind alle seitdem aufgelaufenen Teilbeträge der Rente „rückständig" im Gegensatz zu der im Zeitpunkt der Anmeldung des Ersatzanspruchs „laufenden" Rentenforderung. Der § 612 RVO. bestimmt, daß Renten im voraus in Monatsbeträgen zu zahlen sind. Die Beträge für eine im Zeitpunkt der Feststellung bereits vergangene Zeit müssen daher sofort gezahlt werden. Deshalb bezeichnen auch Moesle-Rabeling (Anm. 2 zu § 612) solche Rentenbeträge mit Recht als „bereits rückständige". Daraus folgt, daß auf sie, soweit sie nicht etwa durch Vorschüsse verbraucht sind, nach § 1507 bis zu ihrer vollen Höhe zugegriffen werden kann.

Zur Versicherungsfreiheit von Beamten und Lehrern nach § 172 Ziff. 1 RVO.

5. Nach C. Antwort: Nach § 172 Ziff. 1 RVO. sind die dort bezeichneten Beamten, Lehrer und Erzieher versicherungsfrei, „solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden". Die Frage, wie diese Worte zu verstehen sind, ist streitig. Das Reichsversicherungsamt hat in der Entsch. 2259 (Amtl. Nachr. 1916 S. 645) angenommen: das Wort „lediglich" bedeute hier (zu vgl. auch § 170 Abs. 1), daß die Ausbildung für den Beruf den Anlaß und den Zweck der Überweisung an die Behörde oder Anstalt bilden müsse und daß dies durch die Verwendung zur Erledigung eines Teils der laufenden Geschäfte nicht ausgeschlossen werde. Auf Grund dieser Annahme hat das RVA. Lehramtskandidaten, die im Seminar- oder Probejahr mit der Vertretung von Oberlehrerstellen beauftragt waren und dafür Entgelt bezogen haben, für versicherungsfrei erklärt, ohne Rücksicht darauf, ob im Einzelfalle die Verwendung an der Anstalt durch den Bedarf an Lehrkräften mit beeinflußt worden ist. Dieser Entscheidung ist namentlich Stier-Somlo im ZentrBl. der Reichsverf. 1916 Sp. 745 ff. mit guten Gründen, auf die wir im allgemeinen verweisen können, entgegengetreten; ebenso Boecker in „Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 317 ff. gegen Fuisting daselbst Sp. 210 ff., der dem RVA. zustimmt. Wir halten die Auslegung des RVA. für gekünstelt und gezwungen und meinen, daß man, ohne den Worten Gewalt anzutun, von Beamten und Lehrern, deren Berufsausbildung zwar noch nicht abgeschlossen ist, die aber nach Zurücklegung einer gewissen Vorbereitungszeit bereits zur Ausübung des Berufs wenigstens in gewissen Grenzen oder gar zur vollständigen Vertretung fest angestellter Kräfte befähigt sind und tatsächlich verwandt werden, unmöglich sagen kann, daß sie „lediglich" für ihren Beruf ausgebildet werden. Danach treten wir Ihrer Auffassung in beiden Punkten bei. Die Anwärter auf mittlere (subalterne) Beamtenstellen bei Behörden sind bereits im öffentlichen Dienste tätig, decken, wenn auch nicht als vollwertige Kräfte, einen Teil des Personalbedarfs der Behörde und beziehen dafür Entgelt; von ihrer Bewährung in diesem Dienste ist nur ihre „feste" Anstellung abhängig. Bei den Lehramtskandidaten ist von Fall zu Fall festzustellen, ob ihre Verwendung zur Unterrichterteilung neben ihrer weiteren Ausbildung zugleich dem Bedarf an Lehrkräften dienen soll und tatsächlich dient. Unter diesen Voraussetzungen ist für die einen wie für die anderen die Versicherungsfreiheit nach § 172 Ziff. 1 nicht begründet.

Zur Anwendung des § 1511 RVO. bei Vorleistung der Krankenkasse.

6. Nach A. Frage: Unsere Kassensatzung bestimmt gemäß § 1511 RVO., daß bei einer Krankheit, die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, für die Zeit, für die Unfallrente oder Heilanstaltspflege gewährt wird, Krankengeld nur soweit zu gewähren ist, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt. Nach der Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1915 (ArbVers. 1916 S. 327) ist diese Bestimmung aber nur dann anwendbar, „wenn bereits eine Unfallentschädigung gewährt wird", die Berufsgenossenschaft also, ohne in Verzug zu kommen, sogleich mit dem Beginne der 14. Woche die Rente zahlt. Da es die meisten Berufsgenossenschaften aber, zumal wenn sie an die Stelle der von der Krankenkasse gewährten Heilbehandlung keine bessere zu setzen vermögen, mit der Rentenfestsetzung nicht so eilig haben, letztere vielmehr in solchen Fällen fast regelmäßig erst erfolgt, nachdem das Heilverfahren zu einem gewissen Abschluß gekommen ist, so versteht es sich von selbst, daß die obige Bestimmung nach dem Vollzuge, wie ihn die Reichsversicherungsordnung sich denkt, ihren Zweck verfehlen muß. Um dieses für die Kasse unbefriedigende Ergebnis auszuschließen, sind wir schon seit langem dazu übergegangen, die Krankengeldzahlungen mit dem Ende der 13. Woche formell einzustellen und dem Verletzten an Stelle des Krankengeldes Vorschußzahlungen in gleicher Höhe und für die gleiche Zeit wie das Krankengeld auf die Unfallrente zu gewähren, wobei wir uns von dem Verletzten eine auf den Empfang eines Rentenvorschusses lautende mit der Anschrift der betreffenden Berufsgenossenschaft versehene Quittung ausstellen lassen. Dieses Verfahren hat bisher in allen Fällen den Erfolg gehabt, daß die Berufsgenossenschaften sich mit den also ohne vorherigen Auftrag von uns für sie

geleisteten Zahlungen nachträglich einverstanden erklärt und uns die vorgelegten Beträge insoweit erstattet haben, als diese durch die auf die gleiche Zeit entfallende volle Unfallrente gedeckt wurden. Nachdem sich nunmehr aber eine Berufsgenossenschaft auf den Standpunkt stellt, daß sie uns nicht folgen könne, weil eine Übertragung ihrer Pflichten gegenüber dem Verletzten auf unsere Kasse gemäß § 1514 RVO. nicht stattgefunden habe, erhebt sich für uns die Frage, ob das von uns eingeschlagene Verfahren nicht in den Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677 ff. BGB.) einen wirksamen Halt findet. — Bejahendenfalls wäre es uns erwünscht, wenn Sie sich in Ansehung des Umstandes, daß die Träger der Unfallversicherung zur Gewährung von Krankenhauspflege nicht verpflichtet sind, ferner darüber äußern möchten, ob sich das gleiche Verfahren auch dann anwenden läßt, wenn an Stelle der Krankengeld- bzw. Rentengewährung die Gewährung von Krankenhauspflege in Betracht kommt. Vielleicht ist für diese Frage der Umstand nicht ohne Bedeutung, daß eine Berufsgenossenschaft, die dem zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassenverbänden getroffenen Abkommen (ArbVers. 1914 S. 22) beigetreten ist, gegenüber einer diesem Abkommen beigetretenen Krankenkasse in tatsächlicher Hinsicht schlechterdings nicht die Einrede erheben kann, die Gewährung von Krankenhauspflege habe im Einzelfalle nicht in ihrer Absicht gelegen.

Antwort: Wir haben den Bedenken gegen die vom RVA. in der erwähnten Entsch. zur Geltung gebrachte Auffassung wiederholt Ausdruck gegeben (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 309 Ziff. 3). Geht man aber von der Entsch. des RVA. aus, so ist das Verhalten der Kasse nicht zu rechtfertigen und die von der Berufsgenossenschaft dagegen eingelegte Verwahrung begründet. Die Entscheidung beruht darauf, daß eine dem § 1511 RVO. entsprechende Satzungsbestimmung der Kasse nur anzuwenden sei, wenn bereits eine Unfallentschädigung gewährt „wird", und daß in anderen Fällen die Kasse lediglich nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 1501 ff. Ersatz aus der Unfallentschädigung zu beanspruchen habe. Die grundlegende Vorschrift ist hierbei die, daß die Leistungspflicht der Kasse durch die gleichzeitige Schadenersatzpflicht der Berufsgenossenschaft nicht berührt wird und daß die Kasse in solchem Falle wegen ihrer pflichtmäßigen Leistungen nur den nach §§ 1502 bis 1507 begrenzten Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung hat (§ 1501). Daran kann die Kasse nicht willkürlich etwas ändern, indem sie das, was sie in Wahrheit „pflichtgemäß nach Gesetz oder Satzung" leistet, „formell" als einen Vorschuß auf die Unfallrente bezeichnet, um als Geschäftsführerin ohne Auftrag nach §§ 677 ff. BGB. Ansprüche gegen die Berufsgenossenschaft zu erheben, die ihr die RVO. versagt. Die Wahrheit steht eben über der Form, und das besondere, für das vorliegende Rechtsverhältnis geltende Gesetz (die RVO.) geht dem für Rechtsverhältnisse anderer Art geltenden allgemeinen Gesetz (dem BGB.) vor.

Verschiedene Bemessung der Beiträge bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (nicht Ersatzkasse).

7. Nach Cöln. Antwort: Ihre Kasse unterliegt, als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, dem Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen v. 12. 5. 01 (RGBl. S. 139). Nach § 21 Abs. 1, § 53 des Ges. dürfen Beiträge und Leistungen bei gleichen Voraussetzungen nur nach gleichen Grundsätzen bemessen sein. Die „Übergangsbestimmung" im § 40 Ihrer Satzung stellt aber für Mitglieder gewisser Art hinsichtlich der Beiträge und Leistungen andere Voraussetzungen auf, als für die in §§ 23, 30 bezeichneten Klassen von Mitgliedern. Daher ist es nicht unzulässig, für diese letzteren allein die Beiträge zu erhöhen, nachdem sich ergeben hat, daß bezüglich dieser Mitglieder die Ausgaben höher sind als die Einnahmen, während bezüglich der anderen Mitglieder das Entgegengesetzte zutrifft. Da die Beiträge durch die Satzung bestimmt sind, bedarf es zur Erhöhung der Beiträge einer Satzungsänderung, und diese erfordert nach § 39 des Ges. einen Beschluß des obersten Organs, also der Mitgliederversammlung. Dem entspricht auch § 13 der Satzung verglichen mit den §§ 9, 10, aus denen sich eine Befugnis des Vorstandes zur Vornahme der Satzungsänderung nicht herleiten läßt. Die Aufsichtsbehörde aber (der Regierungspräsident) wird auf Grund der §§ 64, 65 des Ges. zu prüfen haben, ob die Erhöhung der Beiträge für ein Teil der Mitglieder sachlich gerechtfertigt und angemessen ist und nicht etwa ihre Interessen gefährdet, und sie wird wohl auch, um diese Frage fortlaufend prüfen zu können, gesonderte Buchung der Beiträge für die eine und für die andere Klasse von Mitgliedern fordern.

Muß die Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft (§ 1513 RVO.) der Kasse mitgeteilt werden?

8. Nach Hermülheim. Frage: Wir haben einem durch Betriebsunfall verletzten Mitglied über die 13. Woche hinaus die Kassenleistungen in Form von Anstaltspflege gewährt und die Kosten hierfür bereits bezahlt. Gegen die Berufsgenossenschaft erhoben wir auf Grund des § 1503 ff. RVO. Anspruch auf Ersatz, und zwar für den Unterhalt im Krankenhaus den halben Grundlohn und für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns. Die Berufsgenossenschaft lehnt den Anspruch ab, weil sie die Fürsorge vom Beginn der 14. Woche ab durch eine Erklärung gegenüber dem Krankenhause selbst übernommen habe und nicht verpflichtet sei, die Kasse von der Übernahme der Fürsorge zu benachrichtigen. Wenn auch das Gesetz eine solche Verpflichtung nicht zum Ausdruck bringt, so dürfte dieser Standpunkt dem Zweck und Sinn der Bestimmungen, die doch in erster Linie eine Vermeidung von Doppelleistungen im Auge haben, zuwiderlaufen. Haben wir recht?

Antwort: Zweifellos. Die Berufsgenossenschaft hat zwar recht, wenn sie meint, daß es einer Benachrichtigung der Kasse nicht bedurfte, wenn sie (die Genossenschaft) dem Krankenhause gegenüber die Fürsorge für den Verletzten übernahm. Diese Übernahmeerklärung genügte vollkommen, um sie zur Zahlung der Krankenhauskosten zu verpflichten. Aber hier steht das Verhältnis der Genossenschaft zur Krankenkasse und die Geltung des § 1513 RVO. in Frage, der doch unter den Vorschriften über die „Beziehungen der Versicherungsträger zueinander" steht (zu vgl. die Überschrift vor §§ 1501 ff.). Für diese Beziehungen sind der Regel nach die §§ 1501 ff. maßgebend, wonach die Kasse auch über die 13. Woche hinaus weiter zu leisten und dafür nur einen begrenzten Ersatzanspruch gegen die Berufsgenossenschaft hat. Diese regelmäßigen Beziehungen werden wesentlich geändert, wenn die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren nach § 1513 übernimmt; dann hat umgekehrt die Genossenschaft zu gewähren, was sonst die Kasse zu leisten hätte, und diese hat jener in den Grenzen des

§ 1513 Abs. 2 Ersatz zu leisten. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß die Übernahme des Heilverfahrens diese das Verhältnis der beiden Versicherungsträger umkehrende Wirkung nicht haben kann, solange die Genossenschaft ihre Entschließung nicht zur Kenntnis des anderen Teils, also der Kasse, gebracht hat. Denn bis dahin darf und muß sich die Kasse zur Weiterleistung an den Verletzten nach § 1501 für verpflichtet halten, so daß jene Umkehrung des Verhältnisses rechtlich und tatsächlich nicht entstehen kann.

Krankengeldanspruch einer weiterversicherten Frau, die ihren Haushalt besorgt.

9. Nach Günzburg. Frage: Eine Weiterversicherte, die früher Fabrikarbeiterin war und vor mehr als einem Jahr aus der Beschäftigung getreten ist, führte seitdem nur ihren und ihres Mannes Haushalt. Dieselbe ist nun an Influenza erkrankt und verlangt Krankengeld. Wenn man in Erwägung zieht, daß die „bisherige Arbeit" der Erkrankten lediglich in Führung des Haushaltes bestanden hat, so dürfte Arbeitsunfähigkeit nach § 182 RVO. nur dann gegeben sein, wenn die Kranke nicht imstande ist, diese Haushaltungsarbeiten zu verrichten. Tatsächlich führt dieselbe den Haushalt nach wie vor in gleicher Weise wie seither weiter. Ist unsere Ansicht richtig?

Antwort: Wir halten sie für richtig. Der Anspruch auf Krankengeld ist nur bei völliger, nicht schon bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit begründet, und völlige Arbeitsunfähigkeit liegt nicht vor, „wenn dem Versicherten noch ein Rest von Arbeitsfähigkeit verblieben ist, den er wirtschaftlich verwerten und mit dem er einen bei seinen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht völlig belanglosen Verdienst erzielen kann" (Gründe der Entsch. des RVA. 2190 in ArbVers. 1916 S. 472, erste Spalte, unten). Nur auf diese Fähigkeit an sich, nicht auf ihre tatsächliche Verwertung kommt es an. Bei freiwillig Weiterversicherten (§ 313 RVO.), deren Mitgliedschaft ja nicht durch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit bedingt ist, kommt es hiernach nur darauf an, ob sie durch die Krankheit behindert sind, eine wirtschaftlich nicht belanglose Tätigkeit, sei es im Dienst eines anderen oder zum eigenen wirtschaftlichen Nutzen — im eigenen Betrieb oder Haushalt — auszuüben. Eine solche Tätigkeit ist selbstverständlich auch die Führung des ehelichen Haushalts durch die Ehefrau; sie ist von wesentlichem Wert für beide Eheleute und muß der Regel nach durch Annahme von bezahlten Hilfskräften ersetzt werden, wenn die Ehefrau unfähig wird, ihren Hausfrauenberuf zu erfüllen. Daher würde sie im Fall einer Erkrankung Anspruch auf Krankengeld haben, wenn sie den Haushalt nicht besorgen kann; und sie hat keinen Anspruch, wenn sie ihn trotz der Krankheit ohne Gefahr der Verschlimmerung besorgt.

Kriegswochenhilfe für die Ehefrau eines zu bezahlter Arbeit kommandierten Soldaten.

10. Nach Pf. Frage: Eine Näherin, die seit 1. Januar 1914 Mitglied unserer Kasse ist und am 6. September 1917 entbunden hat, hat Antrag auf Reichswochenhilfe gestellt. Ihr Ehemann war vom 1. Januar bis 9. August 1914 versichert und stand vom 10. August 1914 bis 27. August 1917 im Felde. Seit dem 28. August 1917 ist er in eine Artillerie-Werkstätte als Betriebssoldat gegen einen Wochenlohn von 28 *M* abkommandiert, weshalb seit diesem Tage die reichsgesetzliche Familienunterstützung auf Grund des Gesetzes vom 28. Februar 1888 entzogen wurde. Hat die St. gemäß Bundesratsverordnung vom 3. Dezember 1914 oder auf Grund derjenigen vom 6. Juli 1917 Anspruch auf Reichswochenhilfe?

Antwort: Die Wochenhilfe ist auf Grund der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zu gewähren. Der Ehemann St. hat die Arbeit in der Artillerie-Werkstätte nicht freiwillig übernommen, sondern ist dazu abkommandiert worden. Er leistet somit noch Heeresdienste und erfüllt die Voraussetzungen des § 1 Bek. v. 3. Dezember 1914. Unerheblich hierbei ist, daß er Lohn für seine Tätigkeit bezieht; denn der Anspruch auf Wochenhilfe aus der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 setzt nicht Hilfsbedürftigkeit voraus, wie die Kriegsunterstützung.

Kosten einer ärztlichen Bescheinigung zur Erlangung von Milch.

11. Nach Stallupönen. Antwort: Die Entscheidung des RVA. ist unter den grundsätzlichen Entscheidungen im Heft 5 S. 90 (zu II an erster Stelle) erwähnt. Sie besagt, daß die Kasse die Kosten der Bescheinigung zur Erlangung von Milch jedenfalls dann zu erstatten hat, wenn die Milch nach den besonderen Umständen des Falles zu den Heilmitteln gehört, die die Kasse zu gewähren verpflichtet ist. Gleiches würde aus gleichem Grunde auch dann gelten müssen, wenn die Kasse nach ihrer Satzung die Milch als zur Krankenkost gehörig liefern müßte. Daß die Kasse die Kosten der Bescheinigung „zu erstatten" hat, bezieht sich aber nur auf das Verhältnis der Kasse zum Versicherten, nicht zum Arzte. Ob der Arzt Anspruch auf Vergütung für die Bescheinigung hat, richtet sich nach seinem Vertrage mit der Kasse. Wird er nach Einzelleistungen entschädigt, so steht ihm auch für die Ausstellung der Bescheinigung eine Gebühr zu (vgl. über die Höhe: ArbVers. 1918 Heft 2 S. 36); erhält er einen Pauschbetrag „für ärztliche Behandlung", so ist es eine Frage der Auslegung des einzelnen Vertrages, ob damit auch die Ausstellung solcher Zeugnisse abgegolten sein soll, deren der Versicherte bedarf, um die Kassenleistungen zu erlangen. Im allgemeinen würden wir das, soweit jene Milchbezugsatteste in Frage kommen, verneinen (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 810 und anderseits 1917 S. 127), besonders bei Verträgen, die schon vor dem Kriege geschlossen sind und daher mit der Notwendigkeit einer Bescheinigung zur Erlangung von Milch usw. nicht gerechnet haben können.

Zur Krankenversicherung der Nebenbeschäftigung eines im Staatsdienst Beschäftigten.

12. Nach Bremerhaven. Antwort: Im Falle des § 169 RVO. ist versicherungsfrei nur die Beschäftigung in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers. Wenn ein versicherungsfreier Staatsangestellter nebenbei als Musiker bei einem Theaterunternehmen beschäftigt ist, so ist die Frage nach der Versicherungspflicht dieser Tätigkeit nach § 165 RVO. zu beurteilen. Ist er Mitglied eines Orchesters, so ist er auch als solches nicht versicherungspflichtig, falls sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst, einschließlich des Gehalts aus seiner Stellung im Staatsdienst, 2500 *M* übersteigt; das vom Staate bezogene Gehalt wird bei Festsetzung der Verdienstgrenze für die Versicherungspflicht mitberechnet. Ergibt sich hiernach die Versicherungspflicht, so richten sich jedoch Grundlohn und demgemäß Beiträge und bare Kassenleistungen lediglich nach dem Verdienste, den der Versicherte als Musiker bezieht. Ist er aber nicht Mitglied eines Orchesters, so gilt er als Gehilfe des Theaterunternehmers (Ziff. 1 § 165

RVO.), und dann besteht Versicherungspflicht ohne Rücksicht auf die Höhe des Verdienstes, so daß das staatliche Gehalt außer Betracht bleibt. Zu prüfen ist freilich noch, ob nicht etwa die Musikertätigkeit als vorübergehende Dienstleistung gemäß Bekanntmachung vom 17. November 1913 (ArbVers. 1913 S. 848) versicherungsfrei ist.

Einführung der Familienhilfe gegen Zusatzbeiträge in der Kriegszeit.

13. Nach Limburg (Lahn). Antwort: Wir können die Auffassung des Versicherungsamts nicht teilen. Die Vorschriften der RVO., welche die Beiträge auf gewisse Höchstprozente des Grundlohns beschränken (§§ 386 ff.) gelten nur für die allgemeinen Beiträge, lassen aber die besonderen Zuschläge auf die Beitragsteile der Arbeitgeber nach § 384 Abs. 1 und ebenso die Zusatzbeiträge der Versicherten nach § 384 Abs. 3 unberührt (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 386). Entsprechendes muß daher auch gegenüber dem Kriegsgesetze v. 4. 8. 14 gelten, durch dessen § 1 die Kassenbeiträge allgemein auf den Höchstsatz von 4½ v. H. des Grundlohns beschränkt sind. Auch diese Vorschrift ist nur auf die allgemeinen Beiträge zu beziehen. Daß sie jene Zuschläge aus § 384 Abs. 1 nicht ausschließt, hat das RVA. in der Entsch. 2381 Amtl. Nachr. 1917 S. 557 bereits ausgesprochen. Aus entsprechenden Gründen ist für Krankenkassen, die auf Grund des § 1 Abs. 2 des Ges. v. 4. 8. 14 die Familienhilfe wieder einführen, auch die Erhebung von Zusatzbeiträgen nach § 384 Abs. 3 RVO. zuzulassen. Der § 2 der Bek. v. 22. 11. 17 (ArbVers. 1917 S. 817), der gleichfalls nur die allgemeinen Beiträge betrifft und ihre Erhöhung zur Deckung von Mehrleistungen zuläßt, bleibt dabei außer Betracht.

Berechnung der Aufwendungen der ersuchten Kasse (§§ 219, 222 RVO.).

14. Nach Anröchte. Antwort: In allen Fällen der §§ 219 bis 221 RVO. kann die aushelfende Kasse nach § 222 als Ersatz der Kosten für die Krankenpflege ³/₈ des Grundlohns fordern. Sie kann die im Ersuchen einer Kasse enthaltene Mitteilung, daß sie nur die tatsächlich aufgewendeten und nachgewiesenen Kosten erstatten werde, annehmen und würde dann eine Einzelberechnung aufzustellen haben; aber sie kann sich auch gegenüber jener Mitteilung ablehnend verhalten, sie einfach unbeachtet lassen und ihren Anspruch nach dem Gesetz berechnen. Nur wenn die ersuchte Kasse der „Vereinbarung zur Durchführung der §§ 219, 220, 222 RVO." beigetreten ist (vgl. ArbVers. 1916 S. 835 und 1917 S. 116), muß sie sich auch an die Bestimmung des § 4 halten.

Wertsangaben im Verzeichnis der Gebrauchsgegenstände.

15. Nach Hersfeld. Frage: Gemäß § 27 der Bestimmungen über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich 1913 S. 1009) muß das Verzeichnis der Gebrauchsgegenstände enthalten: Gegenstand, Anschaffungstag, Anschaffungswert, Abschreibung, Abgang und Grund des Abgangs sowie Wert am Jahresschluß. Es bestehen Zweifel, welcher Betrag in das nächstjährige Verzeichnis als Anschaffungswert einzusetzen ist, nachdem im Vorjahr eine Abschreibung erfolgte? (der Betrag der Anschaffung oder der nach der Abschreibung verbleibende Wert am Jahresschluß?). Wieviel Prozent würden in üblicher Weise im Jahr abzuschreiben sein?

Antwort: Unter Anschaffungswert ist offenbar der Preis zu verstehen, den die Kasse bei Anschaffung der Gegenstände bezahlt hat. Dieser ist auch in das nachstjährige Verzeichnis einzustellen. Wenn aber die Gegenstände inzwischen sich weiter abgenutzt haben, so muß abermals eine Abschreibung erfolgen. Das wiederholt sich in jedem Jahr. Die Höhe der Abschreibungen ist je nach der Art der Gegenstände verschieden zu bemessen; maßgebend ist der Umfang der Abnutzung. Bestimmtes läßt sich nicht sagen; es handelt sich um freie, verständige Schätzung. Ist der Anschaffungswert durch die Abschreibungen erschöpft, so ist es vielfach üblich, die Sachen mit 1 ℳ einzustellen.

Nachträgliche Teuerungszulagen erhöhen nicht die bereits fälligen Beiträge.

16. Nach Warmbrunn. Antwort: Teuerungszulagen, die nachträglich für die vergangene Zeit bewilligt werden, kommen ebensowenig wie derartige nachträgliche Gehaltszulagen, für die Beiträge und die Kassenleistungen in Betracht, die bereits fällig sind. (Vgl. ArbVers. 1917 S. 826 Ziff. 1.) Die Beiträge für die Vergangenheit werden also durch sie nicht nachträglich erhöht. (Hahn in ArbVers. 1907 S. 655.)

Zahlung eines Entgelts bei Beendigung der Lehrzeit.

17. Nach H. in W. Frage: Ein hiesiger Handwerkmeister zahlt seinen Lehrlingen nach beendigter Lehrzeit eine Vergütung von 250 ℳ. Ist diese Zahlung als Entgelt im Sinne der Reichsversicherung zu betrachten?

Antwort: Wir nehmen an, daß die Zahlung der 250 ℳ dem Meister durch den Lehrvertrag auferlegt ist. Unter dieser Voraussetzung wird man sie als Entgelt für die vom Lehrling geleisteten Dienste auffassen müssen. Obwohl die Summe verhältnismäßig gering ist, soweit man die gesamte Lehrzeit berücksichtigt, so ist sie doch kein bloßes Taschengeld. Denn dieses soll dazu dienen, kleinere, laufende Ausgaben zu bestreiten. Dieser Zweck entfällt aber, wenn der größere Betrag auf einmal gezahlt wird. Siehe auch die Auskunft in der ArbVers. 1917 S. 504 Ziff. 8.

Geld statt Krankenpflege (§ 193 Abs. 3 RVO.).

18. Nach M. Antwort: Der § 24 Ihrer Satzung entspricht dem § 193 Abs. 3 RVO. Danach gewährt Ihre Kasse den freiwillig Weiterversicherten, wenn sie sich nicht im Kassenbezirk aufhalten, statt der Krankenpflege „das halbe Krankengeld". Die Fassung weicht von der Fassung des Gesetzes ab, da dieses von dem „Betrage" des halben Krankengeldes spricht. Damit ist ausgedrückt, „daß es sich hier nicht um ein wirkliches Krankengeld, sondern eine von diesem unabhängige und lediglich dem Betrage nach von ihm beeinflußte Vergütung handelt" (Begr. zur RVO. S. 158). Nur so darf auch Ihre Satzung verstanden werden. Sie irren daher, wenn Sie meinen, daß ein Anspruch aus § 24 nicht bestehe, weil der Versicherte nicht arbeitsunfähig gewesen sei. Einen Anspruch auf die vollen Kosten der zahnärztlichen Behandlung, falls diese höher sind als jene Vergütung, hat der Versicherte nicht.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1207 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 1. Mai 1918 | Heft 13

Die oberen Grundlohngrenzen bei den Krankenkassen.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Nach § 1 der Bekanntmachung v. 22. November 1917 (RGBl. S. 1085, Arb.-Vers. 1917 S. 817) hat der Bundesrat auf Grund des § 3 des sogenannten Ermächtigungsgesetzes die im § 180 Abs. 1, 2 und 4 RVO. bestimmten oberen Grenzen für die Grundlöhne erhöht, also eine Abänderung des § 180 verordnet, infolge deren diese Gesetzesvorschrift jetzt (für die Dauer der Geltung der Bek. v. 22. 11. 17) so zu lesen ist, daß überall an Stelle von „fünf" und „sechs" Mark „acht" und „zehn" Mark zu lesen ist. Der abgeänderte § 180 lautet also bis auf weiteres:

„Die baren Leistungen der Kassen werden nach einem Grundlohn bemessen. Als solchen setzt die Satzung den durchschnittlichen Tagesentgelt derjenigen Klassen Versicherter, für welche die Kasse errichtet ist, bis acht Mark für den Arbeitstag fest.

Die Satzung kann den durchschnittlichen Tagesentgelt auch nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten stufenweise bis zehn Mark festsetzen.

Die Festsetzung bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts (Beschlußkammer).

Die Satzung kann statt des durchschnittlichen Tagesentgelts den wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten bis zehn Mark für den Arbeitstag als Grundlohn bestimmen.

Für freiwillig Beitretende, für die sich hiernach kein Grundlohn ermitteln läßt, bestimmt ihn die Satzung."

Sehr bald nach Inkrafttreten dieser Änderung tauchten zwei Zweifelsfragen auf. Die eine ging dahin, ob die Neuerung eine Änderung der Kassensatzungen bedingte. Die Frage mußte bejaht werden, weil § 180 RVO. die Festsetzung der Grundlöhne durch die Satzung zwingend vorschreibt und insoweit von der Verordnung des Bundesrats nicht berührt wurde (ArbVers. 1918 S. 190 und 198 Ziff. 1); inzwischen aber hat der Bundesrat ausdrücklich verordnet, daß die Durchführung des § 1 der Bek. v. 22. November 1917 durch Beschluß des Vorstandes mit Zustimmung des Oberversicherungsamts ohne Aufnahme in die Satzung erfolgen kann (Bek. v. 17. 3. 18, RGBl. S. 129, ArbVers. Heft 11 S. 209).

Zweifelhafter und schicksalsreicher als diese so schnell erledigte Frage erweist sich die andere: ob die Kassen bei Festsetzung der Grundlöhne nach der Bek. v. 22. 11. 17 bis an die Obergrenze von 8 *M* gehen müssen. Es ist klar, daß diese Frage nur aus dem Sinne des § 180 RVO. heraus beantwortet werden kann, da die Verordnung des Bundesrats doch nur die Höhe der im § 180 vorgesehenen Obergrenzen, nicht aber ihre Bedeutung ändert. Entsprechend dem § 180 RVO. aber wurde — wohl überwiegend — angenommen, daß die obere Grenze jetzt im Falle des § 180 Abs. 1 auf 8 *M* festgesetzt werden muß, in den Fällen des Abs. 2 und Abs. 4 aber darüber hinaus bis auf 10 *M*, jedoch gleichfalls auf nicht weniger als 8 *M* festgesetzt werden kann (ArbVers. 1918 Heft 6 S. 117 Ziff. 1, „Betriebskrankenkasse" 1917 S. 246 und 1918 S. 21; zu vgl. anderseits daselbst S. 27).

Der Wortlaut des § 180 für sich allein nötigt freilich nicht zu solcher Auslegung. Die Fassung des Abs. 1, wonach die Satzung den durchschnittlichen Tagesentgelt „bis acht (früher 5) Mark“ festsetzt, erscheint zwingend nur, insofern sie eine höhere Festsetzung ausschließt; und eine entsprechende Auslegung läßt auch die Bestimmung der Obergrenzen „bis zehn (früher 6) Mark“ in Abs. 2 und 4 zu. Aber eine wesentliche Unterstützung jener anderen Auslegung hat das Reichswirtschaftsamt in dem Bescheide v. 5. Februar 1918 (ArbVers. Heft 10 S. 190) beigebracht, indem es auf die Entstehungsgeschichte des § 180 hinwies. Das KrVersGes. bestimmte im § 6 Abs. 1 Ziff. 2 für die Gemeindekrankenversicherung, daß Krankengeld „in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter“ zu gewähren ist. Dies galt nach § 20 Abs. 1 Ziff. 1 (§§ 64, 72, 73) für die organisierten Krankenkassen mit der Maßgabe, „daß der durchschnittliche Tagelohn derjenigen Klassen der Versicherten, für welche die Kasse errichtet wird, soweit er vier Mark (nach der ersten Fassung des Gesetzes 3 *M*) für den Arbeitstag nicht überschreitet, an die Stelle des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter tritt“. Der ortsübliche Tagelohn (jetzt Ortslohn) ist eine feste Norm; ein Heruntergehen unter diese Norm bei Bemessung der Kassenleistungen (und der Beiträge, § 9) war ausgeschlossen. Wenn also bei den organisierten Kassen an die Stelle des ortsüblichen der durchschnittliche Tagelohn bestimmter Klassen von Versicherten trat, nur mit der Begrenzung auf 4 *M*, so bedeutete dies zweifelsfrei, daß auch dieser Betrag als feste Norm für die Bemessung der Kassenleistungen (und der Beiträge, § 22) zu gelten hatte, dergestalt, daß der Betrag von 4 *M* bei der Lohnklasseneinteilung erreicht werden mußte und nur nicht überschritten werden durfte. Eine entsprechende Bedeutung hatte es daher, wenn das Gesetz, indem es die Einteilung der Mitglieder in Klassen nach der verschiedenen Lohnhöhe oder auch die Bemessung der Unterstützungen und Beiträge nach dem wirklichen Arbeitsverdienst zuließ, die Berücksichtigung eines Betrages über fünf Mark ausschloß (§ 20 Abs. 2, § 26 Abs. 2 Ziff. 6): nur die Überschreitung der Obergrenze um eine Mark war nicht zwingend. Da nun die Bek. v. 22. 11. 17 nur die Höhe, nicht die Bedeutung der Obergrenzen des § 180 geändert hat, so hat der Bescheid des Reichswirtschaftsamts einwandfrei gefolgert, „daß alle Kassen — gleichviel, ob sie ihren Grundlohn nach den Absätzen 1, 2 oder 4 des § 180 regeln — jetzt bis zu dem Höchstsatz von 8 *M* gehen müssen, daß aber die Kassen, welche die Absätze 2 und 4 anwenden, über 8 *M* hinaus bis 10 *M* gehen können“.

Die erfreuliche Klarheit dieser Feststellung ist leider bald wieder durch zwei Kundgebungen höchster Verwaltungsstellen getrübt worden.

1. Das Reichswirtschaftsamt selbst hat dem preußischen Kriegsministerium eine Abschrift des auch allen Bundesregierungen mitgeteilten Bescheides v. 5. 2. 18 übersandt mit folgendem Schreiben v. 20. März 1918 (II b 925):

Ich bitte, daraus zu entnehmen, daß sich meine Auffassung nicht sowohl auf den Wortlaut und die Begründung des § 180 a. a. O., als vielmehr auf dessen Entstehungsgeschichte und seinen Zusammenhang mit § 20 des KrVersGes. stützt. Der genannte § 20 schreibt vor, daß der durchschnittliche Tagelohn, soweit er 4 *M* nicht übersteigt, an die Stelle des ortsüblichen Tagelohns tritt. Das ist, wie der Wortlaut ergibt, keine Kann- sondern eine Mußvorschrift und zwar nach doppelter Richtung hin; einmal darf bei der Berechnung des durchschnittlichen Tagelohns ein Tagesverdienst, soweit er über 4 *M* hinausgeht, nicht berücksichtigt werden, anderseits darf der Verdienst bis zur vollen Höhe dieses Betrages nicht unberücksichtigt bleiben. Es kann auch in der Tat wohl nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben, hierbei zwar nach oben hin eine feste Grenze zu setzen, nach unten aber dem Ermessen der Kassensatzung freies Spiel zu lassen. Denn sonst bestände bei dem Fehlen jeder gesetzlichen Untergrenze die Möglichkeit, Beiträge und Kassenleistungen auf die geringfügigsten Sätze herabzudrücken und damit den ganzen praktischen Wert der Krankenversichermng in Frage zu stellen. Was von den 4 *M* des § 20 des KrVersGes. und den diesen entsprechenden 5 *M* des § 180 Abs. 1 der RVO. gilt, hat auch für den Verdienstsatz von 8 *M* nach § 1 der Bekanntmachung vom 22. November 1917 zu gelten.

Allerdings ist das Gesagte nicht dahin zu

verstehen, daß hiernach jede Satzung den höchsten Grundlohn auf mindestens 8 *M* festsetzen muß. § 180 Abs. 1 spricht von einem durchschnittlichen Tagesentgelt. Er beabsichtigt nicht, den Durchschnittssatz selbst auf 8 *M* festzulegen, sondern will nur, daß bei Festsetzung des Durchschnittsbetrages einer Klasse der Kassenmitglieder die Tagesverdienste der Angehörigen dieser Klasse berücksichtigt werden, soweit der Tagesverdienst 8 *M* nicht übersteigt. Demgemäß könnte beispielsweise eine Kasse für diejenige Klasse ihrer Mitglieder, deren Tagesverdienst sich zwischen 7 und 8 *M* bewegt, gegebenenfalls als Durchschnittssatz einen Grundlohn von 7,50 *M* festsetzen. Das gleiche galt schon für die entsprechenden Beträge des bisherigen Rechtes. Hieraus erklärt es sich vielleicht, wenn bis jetzt einzelne Kassen mit ihrem Grundlohn den Betrag von 5 *M* nicht voll erreicht haben, ohne daß dies beanstandet wurde. Wenn bei anderen Kassen der höchste Satz des Grundlohns zwar nicht hinter 5, wohl aber hinter 6 *M* zurückgeblieben ist, so kann dies deshalb nicht auffallen, weil es bei Anwendung des Abs. 2 oder Abs. 4 des § 180 im Ermessen der Kasse stand, ob sie dabei über 5 *M* hinaus bis 6 *M* vorsehen wollte. Sollte bei einer Kasse nach den Verhältnissen ihres Mitgliederkreises ein Tagesverdienst von früher 5, jetzt 8 *M* überhaupt nicht vorkommen, so würde es freilich genügt haben und auch jetzt genügen, wenn bei der Festsetzung des höchsten Grundlohnes nur die niedrigeren Höchstsätze des den Kassenmitgliedern gezahlten Lohnes berücksichtigt würden. Dies bedurfte als selbstverständlich keiner besonderen Hervorhebung im Gesetz. Etwas abweichendes will auch die Begründung zu der neuerlichen Bundesratsvorlage über Krankenversicherung und Wochenhilfe — Nr. 53 von 1918 — nicht besagen. Zur Vermeidung eines Mißverständnisses wird in den vom Reichswirtschaftsamt auszugebenden Erläuterungen zu dem inzwischen ergangenen Bundesratsbeschluß die Bedeutung der 8 *M* als eines bloßen Faktors für die Bemessung des Höchstsatzes, nicht als einer festen Ziffer des Höchstsatzes selbst, noch schärfer hervorgehoben werden.

2. **Das bayer. Staatsministerium des Innern hat in einer Entschließung v. 5. April 1918, bei Gelegenheit der Erörterung der neuen Bek. v. 17. 3. 1918 (ArbVers. Heft 11 S. 208), noch folgendes bemerkt:**

In Ziff. 1 der ME. vom 7. Februar 1918 Nr. 118b 8 („K. B. Staatsanzeiger“ Nr. 34; Kriegsbeilage z. MABl. S. 46) ist dargelegt, daß die in § 1 der BB. vom 22. November 1917 vorgesehenen Beträge von 8 und 10 *M* Höchstbeträge sind, über die die Krankenkassen bei Festsetzung des Grundlohnes nicht hinausgehen können, daß aber die Kassen diese Beträge nicht als Grundlohn festsetzen müssen, und zwar auch dann nicht, wenn sie den Grundlohn nach § 180 Abs. 1 der RVO. klassenweise festsetzen. Damit wollte nur gesagt werden, daß die Kassen nicht gehalten seien, unter allen Umständen den Grundhöchstlohn auf 8 und 10 *M* festzusetzen, nicht aber, daß es in das völlig freie Belieben der Kassen gestellt sei, eine Erhöhung der Grundlöhne vorzunehmen oder nicht. Ob eine Kasse eine Erhöhung vorzunehmen und wie weit sie dabei zu gehen hat, ergibt sich vielmehr aus der Entwicklung der Löhne ihrer Mitglieder. Denn nach § 180 der RVO. soll als Grundlohn der durchschnittliche Tagesentgelt entweder nach Klassen oder Lohnstufen oder statt des durchschnittlichen Tagesentgelts der wirkliche Arbeitsverdienst der Versicherten festgesetzt werden. Wo also dieser durchschnittliche Tagesentgelt oder der wirkliche Arbeitsverdienst der Versicherten bis zu 8 *M* heranreicht, wird der Grundlohn auch bis zu dieser Höhe festzusetzen sein. Nur über diesen Betrag hinaus bis zu 10 *M* braucht eine Krankenkasse, die den Grundlohn nach Lohnstufen oder nach dem wirklichen Arbeitsverdienst festsetzt, auch dann nicht zu gehen, wenn der durchschnittliche Tagesentgelt oder der wirkliche Arbeitsverdienst an diese Grenze heranreicht. Jedoch erscheint es wünschenswert, daß die Kassen in diesen Fällen die gesetzliche Befugnis zugunsten ihrer Mitglieder gleichfalls voll ausnützen.

Diese beiden Erklärungen enthalten einen gemeinsamen und die des bayer. Staatsministeriums noch einen weiteren Irrtum oder mindestens eine Ungenauigkeit, auf die zunächst hingewiesen werden mag. Das Ministerium meint: Nach § 180 RVO. solle als Grundlohn entweder der durchschnittliche Tagesentgelt oder der wirkliche Arbeitsverdienst festgesetzt werden, und wo der eine oder der andere bis zu 8 *M* heranreicht, werde der Grundlohn auch bis zu dieser Höhe „festzusetzen“ sein. Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, daß, wo die Satzung gemäß § 180 Abs. 4 den wirklichen Arbeitsverdienst als Grundlohn „bestimmt“, es einer Festsetzung nicht weiter bedarf; der wirkliche Arbeitsverdienst jedes einzelnen Kassenmitgliedes „gilt“ vielmehr — wie die Mustersatzung für allg. OKKn. § 19 C es richtig ausdrückt — ohne weiteres als Grundlohn, und nur wegen der Art seiner Ermittlung und Berechnung können noch nähere Satzungsbestimmungen in Frage kommen, die aber mit einer „Festsetzung“, die der Zustimmung des Oberversicherungsamts bedürfen würde (§ 180 Abs. 3), nichts zu tun haben. Bedenklicher aber ist es, daß beide Behörden die Meinung vertreten, es müsse nicht jede Satzung unter allen Umständen den höchsten Grundlohn auf mindestens 8 *M* festsetzen, sondern es würde — wie das Reichswirtschaftsamt diesen Gedanken näher erläutert

— genügen, wenn eine Kasse, bei deren Mitgliedern ein Tagesverdienst von 8 *M* überhaupt nicht vorkommt, bei der Festsetzung des höchsten Grundlohns nur die niedrigeren Höchstsätze des den Kassenmitgliedern gezahlten Lohnes berücksichtige. Dieser Ansicht, die geeignet ist, von neuem Rechtsunsicherheit zu schaffen, ist entschieden zu widersprechen.

Richtig ist, daß auch für Versicherte mit einem Tagesverdienst von 8 *M* oder sogar mehr der „durchschnittliche" Tagesentgelt keineswegs auf 8 *M* festgesetzt werden muß. Es wäre z. B. beim Lohnstufensystem die Festsetzung eines Grundlohns von 7,50 *M* für alle Mitglieder, die mehr als 6 bis 9 *M* für den Arbeitstag verdienen, nicht ungesetzlich. Denn der „durchschnittliche" Tagesentgelt bedeutet, im Unterschiede vom wirklichen Arbeitsverdienst, einen Betrag, der den Verdienst des einzelnen Versicherten nicht genau zu treffen, sondern ihm nur nahe zu kommen braucht, indem er für eine ganze Gruppe von Versicherten einen einheitlichen Maßstab bildet. (Näheres bei Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 180.) **Aber die Freiheit der Festsetzung der Durchschnittsbeträge hat ihre Grenze in der Sachgemäßheit, in der billigen Berücksichtigung der Verhältnisse. Darauf hat das Oberversicherungsamt, dessen Zustimmung zur Festsetzung nach der Bek. v. 17. 3. 18, wie nach § 180 Abs. 3 RVO., erforderlich ist, zu achten. Gegenwärtig sind Versicherte mit einem Tagesverdienst von 12 oder 15 *M* oder noch mehr keine Seltenheit. Es wäre sachwidrig, wenn für diese der „durchschnittliche" Tagesverdienst auf weniger als den gesetzlichen Mindestbetrag des höchsten Grundlohnsatzes von 8 *M* festgesetzt würde. Daß nach den Verhältnissen einer Kasse ein Tagesverdienst von 8 *M* bei ihren Mitgliedern nicht vorkommt, ist kein Grund, von der Berücksichtigung solcher Fälle in der Satzung (§ 180 RVO.) oder im Beschlusse des Vorstandes (§ 1 Bek. v. 17. 3. 18) abzusehen; denn jeder Tag kann einen Wandel jener Verhältnisse, kann der Kasse einen Zugang von Pflicht- oder freiwilligen Mitgliedern mit höheren Löhnen bringen.** Was soll geschehen, wenn bei einer Kasse, die sich „nach den Verhältnissen ihres Mitgliederkreises" mit der Festsetzung des höchsten Grundlohns auf 5 *M* begnügen zu können glaubte, unversehens in größerer Zahl Arbeiter, Betriebsbeamte, Werkmeister usw. gemeldet werden, die sich des ausschweifend hohen Jahresgehalts von 2400 *M*, also eines Tagesverdienstes von 8 *M* erfreuen? Man müßte um ihretwillen die Satzung ändern oder einen neuen Vorstandsbeschluß fassen und in jedem Falle die Zustimmung des Oberversicherungsamts einholen. Aber darüber vergeht Zeit, und wie sollen bis dahin die Beiträge und die Barleistungen bemessen werden? Der höchste vorgesehene Grundlohn von 5 *M* würde weder der Kasse noch den Versicherten gerecht werden, und ohne weiteres den Tagesverdienst von 8 *M* oder einen beliebigen Betrag zwischen 5 und 8 *M* als Grundlohn anzuwenden, würde satzungswidrig sein. **Deshalb muß jede Kasse auf den Zugang höher gelohnter Mitglieder, als sie zur Zeit besitzt, vorbereitet, die Satzung oder der Vorstandsbeschluß unter allen Umständen von vornherein darauf zugeschnitten sein.** Setzt die Kasse den Grundlohn nach Lohnstufen fest (§ 180 Abs. 2), so muß **sie die Einteilung abschließen mit einer Stufe, in der für Mitglieder mit einem Tagesarbeitsverdienst von mehr als .. *M* der Grundlohn jetzt auf 8 *M* (früher 5 *M*) festgesetzt wird, falls kein Anlaß gefunden wird, noch darüber hinaus bis 10 *M* (früher 6 *M*) zu gehen (vgl. Mustersatzung § 19 A nebst Anm.). Einer Satzungsbestimmung oder einem Vorstandsbeschlusse, die hiergegen verstoßen, müßte das Oberversicherungsamt die Zustimmung versagen.** Entsprechendes gilt, wenn die Kasse den Grundlohn nach Mitgliederklassen festsetzt (§ 180 Abs. 1), **etwa nach der Stellung der Versicherten im Betriebe, nach Alter und Geschlecht, sofern diese Unterschiede für die Lohnhöhe durchschnittlich von Bedeutung sind. Hierbei kann sich allerdings**

eine praktische Schwierigkeit ergeben. Nehmen wir an, daß eine Kasse, in Anlehnung an § 19 B der Mustersatzung für allg. OKKn., die niedrigst gelohnte Klasse aus den Mitgliedern unter 16 Jahren, dann höhere Klassen aus den Mitgliedern von 16 bis 21 Jahren, dann von mehr als 21 Jahren bildet, hierbei noch überall zwischen männlichen und weiblichen Versicherten unterscheidet, dann eine höhere Lohnklasse aus den Vorarbeitern, Maschinisten und Facharbeitern zusammensetzt, um schließlich als höchstgelohnte Klasse die Betriebsbeamten, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung zusammenzufassen; und nehmen wir weiter an, daß nach den besonderen Verhältnissen der Kasse die Festsetzung eines Grundlohns von nur 5 ℳ dem „durchschnittlichen" Tagesentgelt dieser letzten, höchstgelohnten Klasse von Mitgliedern tatsächlich gerecht wird — wie soll dann die Kasse in der Satzung oder durch Vorstandsbeschluß innerhalb ihres Grundlohnsystems für den Fall vorsorgen, daß sie jederzeit im Wandel der Verhältnisse einen nicht unerheblichen Zugang von Mitgliedern mit wesentlich höherem Verdienst erhalten kann, deren Einreihung in die Fünfmarkklasse durchaus sachwidrig wäre? Durch Aufsetzung einer weiteren höheren Klasse von Mitgliedern kann hier nicht geholfen werden; denn die durchschnittlich höchstgelohnte Klasse der Betriebsbeamten usw. ist ja bereits mit einem „durchschnittlichen" Tagesentgelt von 5 ℳ sachgemäß berücksichtigt, und bei dem noch zu berücksichtigenden möglicherweise eintretenden Zugange wesentlich höher gelohnter Versicherter kann es sich ebenso um Vorarbeiter usw. oder sogar um einfache Arbeiter, wie um Betriebsbeamte usw. handeln. Deshalb bedarf das Lohnklassensystem in allen Fällen, in denen der durchschnittliche Tagesentgelt der höchsten Klasse den Betrag von 8 ℳ nicht erreicht, einer Ergänzung durch Anfügung einer oder mehrerer Lohnstufen, in denen etwa für Mitglieder mit einem Tagesarbeitsverdienst von mehr als 5 bis 7 ℳ der Grundlohn auf 6 ℳ und für Mitglieder mit einem Tagesarbeitsverdienst von mehr als 7 ℳ der Grundlohn auf 8 ℳ festgesetzt wird. Daß eine solche Verbindung von Lohnstufen und Mitgliederklassen zulässig ist, hat das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung 2022 (Amtl. Nachr. 1915 S. 515, ArbVers. 1915 S. 517) anerkannt.

Zulässigkeit der Bestrafung von Betrieben und Firmen als solche.

Von Rechtsanwalt Heine in Bochum.

In der „Berufsgenossenschaft" (1917 S. 135 ff., 157) beschäftigen sich zwei Verfasser, Rechtsanwalt Dr. Martius und Sybel mit dem obigen Thema. Beide bejahen die Zulässigkeit. Das Reichsversicherungsamt war bisher gegenteiliger Ansicht; es nahm an, daß die Bestrafung einer Firma unzulässig sei. Der gleichen Auffassung ist das Bayerische LVA. in der von Martius erwähnten, bei Breithaupt, 4. Jahrg. S. 221 mitgeteilten grunds. Entscheidung. Neuerdings hat das RVA., wie die von Martius am Schluß seiner Ausführungen mitgeteilte, in der „Sozialtechnik", Jahrg. 1915 S. 227 veröffentlichte Entscheidung zeigt, seinen früheren Standpunkt anscheinend verlassen und in einem Falle zahlreicher schwerer Verstöße gegen die Unfallverhütungsvorschriften dahin entschieden, daß „lediglich die Firma als Mitglied der Berufsgenossenschaft, nicht die oft wechselnden Betriebsleiter oder andere Angestellte für die ordnungsmäßige Einrichtung des Betriebes verantwortlich wären", daß daher der Genossenschaftsvorstand berechtigt war, die Firma . . . . . zu strafen. Es steht dahin, ob diese Entscheidung nur

deshalb so ergangen ist, weil wegen Zuwiderhandlungen gegen die Unfallverhütungsvorschriften nur der Unternehmer und die ihm durch § 912 RVO. gleichgestellten Personen bestraft werden können, während außerdem nur Betriebsleiter, diese aber nur, wenn der Unternehmer die ihm durch die Unfallverhütungsvorschriften auferlegten Pflichten auf sie durch privatrechtliche Abmachung übertragen hat, strafbar sind, und nur bei den im Gegensatze zu den „Einrichtungen auf Grund von Unfallverhütungsvorschriften" im § 913 RVO. stehenden „Anordnungen, welche die Mitglieder zur Verhütung von Unfällen in ihren Betrieben zu treffen haben" (vgl. § 848 Abs. 1 Nr. 1 RVO.) auch Aufsichtspersonen oder andere Angestellte des Betriebes, denen der Unternehmer diese Anordnungen übertragen hat, wegen Zuwiderhandlung gegen die Unfallverhütungsvorschriften bestraft werden können. Nach dem von Martius a. a. O. mitgeteilten Sachverhalt waren eine Teigwalze und ein Fleischwolf nicht genügend geschützt; es fehlten also „Einrichtungen" im Sinne des § 848 Abs. 1 Nr. 1 RVO. Der Betriebsleiter hätte demnach wohl bestraft werden können, sofern ihm die Beschaffung und Anbringung dieser Einrichtungen vom Unternehmer, der Firma übertragen war. Wenn trotzdem der Genossenschaftsvorstand unter Billigung des RVA. nicht den Betriebsleiter, sondern die Firma bestrafte, so ist danach allerdings eine grundsätzliche Änderung in der Stellungnahme des RVA. zu unserer Frage anzunehmen: das RVA. hält die Bestrafung des Betriebs, der Firma, für zulässig, und zwar selbst dann, wenn die Bestrafung des Betriebsleiters möglich war. Die Worte „die oft wechselnden Betriebsleiter" . . . . sind wohl allgemein dahin aufzufassen, daß erfahrungsmäßig die Betriebsleiter oft wechseln. Sie waren nach Ansicht des RVA. für die Verstöße gegen die Unfallverhütungsvorschriften nicht verantwortlich; vielleicht sollte nach dem Zusammenhang damit gemeint sein, daß die Person des schuldigen Betriebsleiters schwer zu ermitteln, daß daher die Bestrafung lediglich gegen die nach den Umständen allein verantwortliche Firma zu richten war. Jedenfalls ist damit die Bestrafung der Firma als solcher für zulässig erachtet. Und dem ist in der Tat beizupflichten. Wenn in den Beratungen des geschäftsführenden Ausschusses des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften die Ansicht vertreten wurde, daß es auch vom juristischen Standpunkt aus zulässig sei, das Unternehmen als solches zur Verantwortung zu ziehen, und zwar auf Grund der ganzen Tendenz der RVO., durch die im Gegensatz zur früheren Unfallversicherungsgesetzgebung gerade die Ermittelung der individuellen Verschuldung ausgeschaltet worden sei, so ist dagegen zu erwidern, daß die Verhängung einer jeden Strafe, sei es der eigentlichen kriminellen oder der Ordnungsstrafe *) in der Regel ein Verschulden voraussetzt, mag dieses in Vorsatz oder nur in Fahrlässigkeit bestehen. Die Frage, ob Subjekt einer strafbaren Handlung nur eine physische Person oder auch eine Kollektivpersönlichkeit sein könne, wird von der herrschenden Meinung verneint. Der strafrechtliche Tatbestand erfordert eine Handlung und daher einen Willen; diesen Willen aber können Kollektivpersönlichkeiten als solche nicht haben, sondern nur physische Personen (vgl. Olshausen, Komm. z. StrGB. 9. Aufl. Bd. I S. 216 Anm. 6 und die Zitate daselbst). Immerhin sprechen sich Rechtslehrer, wie v. Liszt (Lehrb. des D. Strafr. 18. Aufl. S. 127) und v. Kirchenheim (im Gerichtssaal 37, 421; 40, 251) dahin aus, daß

---

*) Die RVO. gebraucht statt dieses Ausdrucks, dem eine feststehende Bedeutung nicht innewohnt, die Bezeichnung „Geldstrafe"; das unterscheidende Merkzeichen ist wohl darin zu finden, daß die kriminellen Strafen, zu denen auch die Polizeidelikte gehören, von den staatlichen Organen verhängt werden müssen, die Ordnungsstrafen von anderen öffentlichen Organen, auf dem Gebiet der Reichsversicherung vom Versicherungsträger oder vom Versicherungsamt; bei den Ordnungsstrafen ist im Gegensatz zu den ersteren Strafen, die unbedingt beim Vorliegen des gesetzlichen Tatbestandes verhängt werden müssen, die Verhängung in das pflichtmäßige Ermessen des strafberechtigten Organs gestellt; vgl. Moesle-Rabeling, RVO. 3. Buch, Vorbem. vor §§ 908 ff.

die Strafbarkeit der Personenmehrheiten rechtlich möglich und empfehlenswert sei. Aber auch v. Liszt erkennt an, daß nach geltendem Reichsrecht nur das Einzelindividuum Subjekt des Verbrechens sein könne, während das Reichsgericht (Urteil v. 8. 12. 1894. Entsch. in Straff. 26 S. 300) annimmt, daß die Landesgesetzgebung auf dem ihr nach § 2 Abs. 2 Einf. Ges. z. StGB. vorbehaltenen Gebiete die Bestrafung juristischer Personen vorsehen könne. § 2 Abs. 2 a. a. O. betrifft die besonderen Vorschriften des Bundes- (Reichs-) und Landesstrafrechts, namentlich über strafbare Verletzungen der Preßpolizei-, Post-, Steuer-, Zoll-, Fischerei-, Jagd-, Feld- und Forstpolizei-Gesetze und über den Holz- (Forst-) Diebstahl, großenteils also Gebiete des Verwaltungsstrafrechts, zu dem auch das Ordnungsstrafrecht der RVO. gehört. Der Gesetzgeber kann natürlich an und für sich auch die Bestrafung von Kollektivpersönlichkeiten, von juristischen Personen, vorschreiben. Eine Grenze wird hier nur durch die Natur der Sache gezogen. Nur Geldstrafen sind gegen solche Rechtsgebilde, die Subjekt von Vermögensrechten sein können, denkbar. Die Ordnungsstrafen der RVO. sind aber lediglich Geldstrafen, die im Falle ihrer Uneinziehbarkeit nicht, wie Kriminalstrafen, in Freiheitsstrafen umgewandelt werden können. (Hahn, Handb. der KrVers., Vorbem. Abs. 3 vor § 139 RVO.; Moesle-Rabeling a. a. O. S. 561.) Es fragt sich demnach, ob aus den einschlägigen Vorschriften der RVO. die Zulässigkeit der Bestrafung von juristischen Personen, von Kollektivpersönlichkeiten zu entnehmen ist. Das Gewicht ist nicht auf die Bestrafung der Firma zu legen. Inhaber einer solchen kann auch ein Einzelkaufmann sein, so daß hier unsere Frage gar nicht aufkommt. Handelt es sich allerdings um offene Handelsgesellschaften oder um Kommanditgesellschaften, so ist zu bemerken, daß solche Gesellschaften keine juristische Persönlichkeit haben; sie nähern sich aber dem Wesen juristischer Persönlichkeiten. Unsere Ausführungen hinsichtlich der Zulässigkeit der Bestrafung von juristischen Personen gelten daher auch für diese Gesellschaften. Man könnte für diese Zulässigkeit nun den Umstand anführen, daß das Gesetz seine Strafandrohung allgemein gegen „Unternehmer" richtet, ohne Unterscheidung, ob der Unternehmer eine physische oder juristische Person ist. Dagegen ist jedoch darauf hinzuweisen, daß der die Strafvorschriften enthaltende zwölfte Abschnitt des 3. Buches der RVO. auch da, wo es sich um eine eigentliche kriminelle Strafe handelt, nämlich im § 911, ganz allgemein vom Unternehmer spricht. Auch die Parallele zwischen den §§ 904 und 912 RVO. beweist nichts zugunsten der Strafbarkeit juristischer Personen. Im Gegenteil: § 904 dehnt den Begriff des Unternehmers für die Anwendung des § 903 auf gewisse juristische Personen und Handelsgesellschaften aus, während § 912 die Strafbarkeit der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführer usw. vorschreibt; man könnte aus § 912 eher die Meinung herauslesen, daß nur die daselbst bezeichneten physischen Personen strafbar seien an Stelle der vom Strafgesetze erfaßbaren juristischen Personen. Auch aus § 851 RVO., der die Zuwiderhandlungen der „Mitglieder" gegen die Unfallverhütungsvorschriften unter Geldstrafen stellt, ist für unsere Frage nichts zu entnehmen. Dagegen spricht der rechtspolitische Zweck der Ordnungsstrafen der RVO. dafür, auch die Bestrafung von juristischen Personen zuzulassen. Dieser Zweck besteht neben dem Schutze der Versicherten, der Allgemeinheit, darin, den Versicherungsträger vor Schäden zu schützen. Dieser Zweck, wie ihn das Gesetz durch Androhung von Geldstrafen mit weitem Spielraum entschieden anstrebt, würde großenteils nicht erreicht werden, wenn als strafbares Subjekt nur physische Personen, nicht Kollektivpersönlichkeiten in Frage kämen. Derselbe Zweck, der mit der Vorschrift des § 31 und § 89 BGB. (Haftung des mit Rechtsfähigkeit ausgestatteten Vereins, der juristischen Personen des öffentlichen Rechts für die vom Vorstande, dessen Mitgliedern, verfassungsmäßig berufenen

Vertretern in Ausführung der ihnen zustehenden Verrichtungen Dritten zugefügten Schäden), mit dem § 904 RVO. verfolgt wird: Haftung der juristischen Personen und der ihnen im § 904 a. a. O. gleichgestellten Handelsgesellschaften für Verschulden der Vertreter auf zivilrechtlichem Gebiete, muß doch auch da zur Geltung gelangen, wo ein Schaden noch nicht eingetreten ist, aber infolge schuldhaften Verhaltens des Vertreters droht und deshalb die Bestrafung verwirkt ist, die auf Abstellung der hervorgetretenen Mißstände abzielt. Daß die Vorschriften der RVO. unter allen Umständen eine, wenn auch im Einzelfalle erst in letzter Linie eintretende Haftung des Unternehmers für die festgesetzte Geldstrafe bezwecken, ergibt auch die Vorschrift des § 913 RVO. Danach haftet der Unternehmer für die gegen seine Stellvertreter festgesetzte, von ihnen nicht beitreibbare Geldstrafe, sofern der Genossenschaftsvorstand die Haftung in der Straffestsetzung ausgesprochen hat. Hier liegt eine Abweichung von dem auch im Ordnungsstrafrecht (vgl. § 913 Abs. 2 RVO.) herrschenden Verschuldensgrundsatze vor; der Unternehmer haftet subsidiär auch ohne Verschulden. Daraus ist zu entnehmen, daß dem Gesetzgeber der RVO. die Ordnungsstrafe unter dem Gesichtspunkt einer zivilrechtsähnlichen Gefährde- bzw. Verantwortungshaftung erscheint, wie sie in den §§ 830 ff. BGB. zutage tritt; der Eintritt eines Schadens wird allerdings im § 913 Abs. 2 RVO. nicht vorausgesetzt. Diese Annäherung der Ordnungsstrafe an das außervertragliche Haftpflichtrecht des BGB. darf wohl als ein weiteres Zeugnis dafür angerufen werden, daß nach dem Willen des Gesetzes die Ordnungsstrafen auch gegen juristische Personen verhängt werden können. Im übrigen darf auf die Arbeiten von Martius und Sybel hier verwiesen werden. Letzterer hebt mit einer wohl nicht zu beanstandenden Berechtigung den Charakter der wegen unterlassener, aber später gültig nachzuholender Pflichthandlung angedrohten Strafen als Zwangsstrafen hervor sowie den Umstand, daß die Mitglieder des nach außen hin zur gesetzlichen Vertretung berufenen Organs fast nie in der Lage sind, die Maßnahmen im Betriebe durchzusetzen, die durch die Strafe erzwungen werden sollen. Auch ist der von Martius erwähnte Fall charakteristisch, wo keiner der Inhaber des betreffenden Unternehmens faktisch für Unregelmäßigkeiten in Anspruch genommen werden konnte. Solche Beobachtungen aus der Praxis legen die Richtigkeit der hier in Übereinstimmung mit Martius und Sybel, neuerdings auch wohl mit dem RVA. vertretenen Ansicht dar.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Zur Erläuterung der Bek. v. 17. 3. 18, betr. Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (ArbVers. Heft 11 S. 209).

a)

Aus einem Schreiben des **Reichswirtschaftsamts** vom 20. März 1918 (II b 925).

. . . Es darf darauf hingewiesen werden, daß die Absicht des **§ 1** der neuen Verordnung vom 17. März 1918 nicht darauf gerichtet ist, die Rechte des Kassenausschusses zu beschränken, sondern den Kassenvertretungen nur eine gewisse Geschäftserleichterung zu verschaffen. Der Paragraph gibt dem Vorstande nur die Möglichkeit, da an Stelle des Kassenausschusses zu beschließen, wo dessen Zusammenberufung aus irgendwelchen Gründen Schwierigkeiten bereiten würde. Daraus folgt, daß dort, wo bereits ein ordnungsmäßiger Beschluß des Ausschusses gemäß § 1 der Bekanntmachung vom 22. November 1917 vorliegt, dessen einseitige Abänderung durch den Vorstand nicht angemessen sein würde, es sei denn, daß neu hinzugetretene Umstände eine Änderung dringlich machten und eine neue Zusammenberufung des Ausschusses ausschließlich zu diesem Zwecke untunlich wäre. Umgekehrt bleibt es dem Ausschuß unbenommen, beim Vorliegen ausreichender sachlicher Gründe einen Beschluß des Vorstandes nach § 1 der Bekanntmachung vom 22. November 1917 seinerseits

abzuändern in gleicher Weise, wie er ja auch von eigenen, früheren Beschlüssen späterhin abgehen kann.

Die vorübergehende Natur der neuen Bekanntmachung vom 17. März 1918 ergibt sich aus dem Ermächtigungsgesetze vom 4. August 1914. Die genauere Bestimmung des Zeitpunktes, mit dem sie außer Kraft zu treten hat, ist deshalb nicht vorgeschrieben oder dem Bundesrat vorbehalten worden, weil beabsichtigt wird, zur rechten Zeit gesetzliche Bestimmungen zu treffen, die zur Überleitung der Krankenversicherung und Wochenhilfe aus der Zeit des Kriegs- in die des Friedenszustandes dienen sollen.

b)

Aus einer Entschließung des **bayer. Staatsministeriums des Innern** vom 5. April 1918 (Bayer. Staatsanz. Nr. 81 lfd. Nr. 362).

1. Die Erhöhung des Grundlohnes nach **§ 1** der BV. vom 22. November 1917 (RGBl. S. 201) ist, wie in der ME. vom 28. Dezember 1917 Nr. 118 b 63 („K. B. Staatsanzeiger" Nr. 302; Kriegsbeilage z. MABl. S. 1022) ausgeführt wurde, an sich in der für die Änderung der Kassensatzung vorgeschriebenen Form eigens zu beschließen. Das gleiche gilt von der dadurch bedingten ziffermäßigen Änderung der Kassenbeiträge sowie von der etwa notwendig werdenden Einrichtung neuer Mitgliederklassen oder Lohnstufen.

Um den Krankenkassen die Beschlußfassung zu erleichtern, bestimmt **§ 1** der BV. vom 17. März 1918 (RGBl. S. 129; „K. B. Staatsanzeiger" Nr. 73), der am 19. März 1918 in Kraft getreten ist, daß diese Änderungen und Ergänzungen auch ohne Aufnahme in die Satzung beschlossen werden können. Die Beschlußfassung steht dann dem Vorstand allein in ungetrennter Abstimmung zu. Jedoch bedarf der Beschluß der Zustimmung des Oberversicherungsamts, das dabei ohne Mitwirkung der Beschlußkammer nach freiem Ermessen entscheidet. Die Entscheidung ist endgültig.

Den Kassen ist übrigens nicht verwehrt, nach wie vor auch den Weg der Satzungsänderung zu beschreiten. Dafür gilt dann das in Ziff. 1 Abs. 3 der ME. vom 28. Dezember 1917 Gesagte.

2. Nach § 325 der RVO. hat jedes Kassenmitglied von Amts wegen unentgeltlich einen Abdruck der Satzung und ihrer Änderung zu erhalten. Zwecks Papier- und Kostenersparnis bestimmt **§ 2** der obenerwähnten BV. vom 17. März 1918, daß die Kassenmitglieder während der weiteren Dauer des Krieges diesen vollen Abdruck nur auf Antrag erhalten. Als Ersatz sind ihnen bloße Auszüge, welche die Bestimmungen über Mitgliedschaft, Leistungen und Beiträge nebst der Krankenordnung sowie Änderungen dieser Bestimmungen zu behändigen. Auch können die Mitglieder einen vollen Abdruck der Satzung und ihrer Änderung in den Geschäftsräumen der Kasse während der üblichen Geschäftsstunden einsehen.

Arbeitgeber, die Kassenmitglieder beschäftigen, erhalten nach § 425 der RVO. ohnehin nur auf Antrag einen Abdruck der Satzung und ihrer Änderung. . . .

c)

Entschließung des **bayer. Staatsministeriums des Innern** vom 5. April 1918 (Bayer. Staatsanz. Nr. 81, lfd. Nr. 364).

Wenn landwirtschaftlich Beschäftigte, deren Arbeitsvertrag auf mindestens 1 Jahr geschlossen ist, nach dem Arbeitsvertrag von dem Arbeitgeber auf die ganze Vertragsdauer, also auch für die Zeit einer etwaigen Arbeitsunfähigkeit, und zwar entweder für das Jahr Sachleistungen (d. s. z. B. Wohnung, Kost, Nutzung von Grundstücken) im 300 fachen Wert des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes ihrer Krankenkasse oder für den Arbeitstag ein Entgelt (d. s. Gehalt, Lohn, Sach- oder andere Bezüge) im Werte dieses Krankengeldes zu beanspruchen haben, kann der Arbeitgeber nach § 420 der RVO. verlangen, daß die Krankenkasse die Kassenbeiträge entsprechend ermäßigt. Dafür entfällt für den Versicherten der Anspruch auf das Krankengeld und nach § 425 auch auf die sonstigen Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes (also auf das Hausgeld nach § 186, das Taschengeld nach § 194, das Wochengeld nach § 195, das Schwangerengeld nach § 199 und das Stillgeld nach § 200). Die Ermäßigung der Beiträge hat nach näherer Bestimmung der Kassensatzung im Verhältnis der wegfallenden zu den verbleibenden Kassenleistungen zu erfolgen.

Ebenso kann nach §§ 421, 425 der RVO. die Satzung einer Krankenkasse für landwirtschaftlich Beschäftigte, denen in Krankheitsfällen nach dem Arbeitsvertrag geringere als die vorbezeichneten Leistungen von dem Arbeitgeber zu gewähren sind, das Krankengeld und die übrigen Barleistungen, mit Ausnahme des Sterbegeldes, kürzen. Dafür sind wiederum die Beiträge entsprechend zu ermäßigen.

Es haben sich nun Zweifel ergeben, ob auch solchen Versicherten die Kriegswochenhilfe nach § 8 der BV. vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) zusteht, sowie ob, inwieweit und wie sich die Kasse dafür schadlos halten kann. Diese Zweifel zu beheben, ist der Zweck des **§ 3** der BV. vom 17. März 1918 (RGBl. S. 129; „K. B. Staatsanzeiger" Nr. 73).

Sie bestimmt, daß der Anspruch einer Wöchnerin auf Wochenhilfe nach § 8 der BV. vom 3. Dezember 1914 auch in den voraufgeführten Fällen besteht. Die Krankenkasse hat hiernach einer solchen selbstversicherten Wöchnerin, die nicht bereits als Ehefrau eines vordem versicherten Kriegsteilnehmers nach § 1 der BV. vom 3. Dezember 1914 Anspruch auf Kriegswochenhilfe hat, wenn sie im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen

Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen ist, zwar nicht das satzungsmäßige Wochengeld, das durch die fortlaufenden Leistungen des Arbeitgebers abgegolten ist, wohl aber den einmaligen Entbindungskostenbeitrag und gegebenenfalls die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden und das Stillgeld nach § 3 Nr. 1, 3 und 4 der BV. vom 3. Dezember 1914 aus eigenen Mitteln zu gewähren. Der Arbeitgeber hat hierfür Ersatz der Kasse nicht zu leisten. Dagegen kann die Kasse die ermäßigten Beiträge wieder erhöhen und zwar in dem gleichen Verhältnis, in dem sich die Kassenausgaben infolge dieser Wochenhilfe, d. h. der Aufwendungen für Entbindungskosten, Beiträge, Beihilfen bei Schwangerschaftsbeschwerden und Stillgelder steigern. Die Beschlußfassung über die Erhöhung steht dem Kassenvorstand in ungetrennter Abstimmung zu. Einer Satzungsänderung und damit der Beschlußfassung des Ausschusses und der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedarf es nicht. Jedoch ist die Erhöhung an die Zustimmung des Versicherungsamts gebunden. Dieses entscheidet hierüber ohne Mitwirkung des Beschlußausschusses und nach freiem Ermessen. Gegen die Versagung der Zustimmung ist nach § 1792 der RVO. Beschwerde an das Oberversicherungsamt zulässig.

Der Vorschrift ist Rückwirkung vom 3. Dezember 1914 ab, dem Tage des Inkrafttretens der BV. von diesem Tage, beigelegt. Ansprüche über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung der Verordnung d. i. am 19. März 1918 noch schwebt, unterliegen bereits den Vorschriften der Verordnung. Anderseits kann eine Wöchnerin, wenn ein Anspruch, der nach dieser Verordnung begründet ist, nach dem 2. Dezember 1914 rechtskräftig abgelehnt worden ist, beantragen, daß ihr die Kasse einen neuen berufungsfähigen Bescheid erteilt. Dieser Antrag muß aber bei Vermeidung der Verjährung bis spätestens zum 19. März 1920 erhoben werden.

Wenn bei Krankenhauspflege in der vom Versicherten gewählten höheren Klasse auch für ärztliche Behandlung Mehrkosten entstehen, so fallen diese nicht der Krankenkasse zur Last.

Urteil des **Versicherungsamts Altena** vom 29. Januar 1918.

F. wurde von seiner Krankenkasse wegen eines Magenleidens dem städtischen Krankenhause überwiesen. Er ließ sich, da er wirtschaftlich günstig gestellt ist, in die zweite Verpflegungsklasse aufnehmen. Es wurde ihm von der Krankenhausverwaltung vorher erklärt, daß sie mit der Kasse für Verpflegung und ärztliche Behandlung einen bestimmten Betrag vereinbart habe, der nur bei der Unterbringung in der dritten Klasse in Anwendung komme, daß aber bei der Verpflegung in einer höheren Klasse auch höhere Beträge erhoben würden und daß der Mehrbetrag vom Kranken selbst zu bezahlen sei. F. versprach, diese Mehrkosten zu bezahlen und hat dies auch getan. Nachträglich aber erfuhr er, daß das Oberversicherungsamt in Arnsberg in einem ähnlich liegenden Falle (5 K. 16 II 2) entschieden habe, daß die Kosten für ärztliche Behandlung unter allen Umständen von der Krankenkasse zu bezahlen seien; er verlangte deshalb, daß ihm die Kasse den an Dr. Str. für Operation und sonstige ärztliche Behandlung gezahlten Betrag von 250 M erstatte. Die Kasse verweigerte die Erstattung und wollte die Berufung auf den angeführten Fall nicht gelten lassen, weil die Versicherte damals in Unkenntnis gehandelt habe, während dem F. die Abmachung zwischen der Kasse und dem Krankenhause genau bekannt gewesen sei.

Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Es handelt sich hier um die Entscheidung einer Frage, die, besonders nachdem durch die Reichsversicherungsordnung eine Reihe gesellschaftlich besser gestellter Personengruppen in die Krankenversicherung mit einbezogen worden sind, für die Krankenkassen außerordentlich große Bedeutung hat. Es handelt sich um die grundsätzliche Frage, ob die Versicherten bei Einweisungen in ein Krankenhaus die Verpflegungsklasse unter der selbstverständlichen Voraussetzung, daß sie die Mehrkosten der Verpflegung selbst tragen, wählen können ohne Rücksicht darauf, daß sich die Kosten der ärztlichen Behandlung dadurch außerordentlich verteuern können. Tatsache ist, daß die Kosten der ärztlichen Behandlung im Sinne der preußischen Gebührenordnung für die Ärzte sich nach der Höhe der Verpflegungsklasse richten. Die Behandlung in der 2. Klasse wird viel teurer berechnet, als die Behandlung in der 3. Klasse, und diejenigen in der 1. Klasse wieder teurer als diejenige in der 2. Klasse. Die Unterschiede können, besonders nachdem die Krankenkassen durchweg mit den für sie in Betracht kommenden Krankenhäusern für Behandlung und Verpflegung in der 3. Klasse bestimmte verhältnismäßig geringe Sätze vertraglich festgesetzt haben, außerordentlich groß sein. So würde z. B. im vorliegenden Falle bei einer Unterbringung in der 3. Verpflegungsklasse ein Gesamtkostenbetrag von 164,70 M entstanden sein, während jetzt die Rechnung für ärztliche Behandlung allein über 250 M lautet. Es wäre ein außerordentlicher Mangel des Gesetzes, wenn es wirklich allein im Ermessen der Versicherten liegen sollte, die Kosten der Krankenhausbehandlung in dieser Weise zu verteuern, zumal die ärztliche Behandlung in allen Klassen völlig gleich ist, und die Verpflegung in den höheren Klassen in der Hauptsache lediglich verfeinertem Geschmack Rechnung trägt. Tatsächlich ist es im Gesetze aber nirgend zum Ausdruck gebracht, daß die Kassenmitglieder verpflichtet sind, sich die Unterbringung in einer bestimmten Klasse gefallen zu lassen. Daß aber eine einheitliche Behandlung sämtlicher Kassenmitglieder vom Gesetzgeber verlangt wird, ist aus dem Geiste des Gesetzes ohne weiteres zu ersehen; und es muß angenommen

werden, daß eine derartige ausdrückliche Bestimmung nicht für erforderlich gehalten worden ist. Es wäre mit dem sozialen Charakter des Gesetzes auch überhaupt nicht zu vereinbaren, wenn wirtschaftlich besser gestellte Mitglieder bei gleichen Beiträgen infolge ihrer wirtschaftlich günstigeren Lage berechtigt sein sollten, sich in einer höheren Klasse verpflegen zu lassen und dadurch die Kosten der ärztlichen Behandlung zu verteuern. Daß die verhältnismäßig geringen Mehrkosten der Verpflegung in derartigen Fällen von den Mitgliedern selbst getragen werden, spielt bei Beurteilung der Frage keine Rolle. Es muß unbedingt davon ausgegangen werden, daß sämtlichen Mitgliedern gleiche Behandlung zusteht, und daß diese sich nur auf das notwendige zu erstrecken hat. Welche Behandlung notwendig ist, wird zunächst der Kassenarzt zu entscheiden haben. Hält er die Unterbringung in der 3. Klasse einer Krankenanstalt für ausreichend, so hat das Mitglied einer entsprechenden Anordnung der Krankenkasse nachzukommen, falls es nicht Gefahr laufen will, sämtliche etwa entstehenden Mehrkosten selbst tragen zu müssen.

Es war hiernach, wie geschehen, zu entscheiden. Gegen diese Entscheidung können die Beteiligten innerhalb eines Monats nach Zustellung Berufung beim Oberversicherungsamt in Arnsberg einlegen. Dieses legt dem unterliegenden Teile eine Gebühr auf.

B. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Heilstätten der Landesversicherungsanstalten sind nicht „öffentliche" Krankenanstalten im Sinne des preuß. Stempelsteuerges.

Entscheidung des **Reichsgerichts** (7. Zivilsen.) vom 12. Oktober 1917.

Die Klägerin (Landesversicherungsanstalt) hat durch Vertrag von dem Kreise A. und der Stadt L. ein Genesungsheim gekauft. Die Auflassung ist erfolgt. Zu dem Vertrage wurde ein Landesstempel nach Tarifstelle 32 des Preußischen Stempelsteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Juni 1909 (GS. S. 535)*) als Gerichtsgebühr von der Klägerin gefordert und zwar in der vollen tarifmäßigen Höhe von 2768,50 M. Die Klägerin erhob Klage auf Rückzahlung der vollen Summe. Im Laufe des ersten Rechtsganges wurden 1384 M zurückgezahlt, weil das Genesungsheim H. in der Hand seiner Voreigentümer eine öffentliche Krankenanstalt im Sinne des § 5 Ziff. 1 d LStG. gewesen sei. Der weitergehende Anspruch wurde vom Landgericht abgewiesen, weil das Heim jetzt keine öffentliche Krankenanstalt mehr sei, die Klägerin auch die dem Fiskus nach § 5 Nr. 1 b LStG. gewährte persönliche Stempelfreiheit nicht genieße. Die Berufung der Klägerin ist zurückgewiesen worden, und das Reichsgericht hat auch die Revision zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

1. Die Voraussetzungen der in § 5 Abs. 1 Buchstabe b LStG. enthaltenen Befreiungsvorschrift sind für die Klägerin nicht gegeben. Das hat das Oberlandesgericht zutreffend dargelegt. Die von ihm gegebenen Begriffsbestimmungen sind auch von der Revision nicht bemängelt worden. Sie hat sich vielmehr nur gegen die Würdigung gewendet, die der § 1402 RVO. vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509) bei dem Oberlandesgericht gefunden hat. Die Revision will aus dieser Vorschrift anscheinend entnehmen, daß die preußische Staatskasse für alle nach Maßgabe des Bedürfnisses der Klägerin erforderlich werdenden Zuschüsse aufzukommen habe und die Klägerin somit als öffentliche Anstalt einer für Rechnung des preußischen Staates verwalteten Anstalt gleichgestellt sei. Diese Folgerung ist indessen nicht zutreffend. Nach § 1402 RVO. haftet, soweit das Vermögen der Landesversicherungsanstalt nicht ausreicht, ihren Gläubigern der Gemeindeverband, für dessen Bezirk sie errichtet ist, und, wenn auch er unvermögend ist, der betreffende Bundesstaat. Bei fehlendem eigenen Vermögen der Klägerin würde also für sie der Provinzialverband und bei der Unzulänglichkeit auch von dessen Vermögen der Bundesstaat Preußen einzutreten haben. Schon der Umstand, daß Preußen nur hilfsweise, nicht unmittelbar und in erster Linie, haftet, zeigt deutlich, daß die Klägerin nicht so dasteht, wie eine für Rechnung des Staates Preußen verwaltete Anstalt oder Kasse, daß es sich vielmehr im § 1402 RVO. nur um eine von Reichswegen dem Staate auferlegte Gewährleistungspflicht handelt. Dieser Regelung entspricht es auch, daß die Aufsicht über die Geschäfts- und Rechnungsführung der Landesversicherungsanstalten nicht dem betreffenden Bundesstaat zusteht, wie doch zu erwarten wäre, wenn sie den für Rechnung dieses Staates verwalteten Anstalten oder Kassen gleichgestellt wären, vielmehr dem Reichsversicherungsamt, einer Behörde des Reiches, §§ 30 ff. 1381 RVO.

2. Ihren Hauptangriff richtete die Revision dagegen, daß das Oberlandesgericht das Genesungsheim H. in der Hand der Klägerin nicht als „öffentliche Krankenanstalt" anerkannt hat. Von der Entrichtung der Stempelsteuer sind nämlich nach § 5 Abs. 1 Buchstabe d LStG. befreit die „öffentlichen Armen-, Kranken-, Arbeits- und Besserungsanstalten, ferner öffentliche Waisenhäuser, vom Staate genehmigte Hospitäler und andere Versorgungsanstalten". Unter Buchstabe e a. a. O. werden weiter als befreit die öffentlichen Schulen und Universitäten angeschlossen. Diese Bestimmungen gehen auf die Deklaration vom 27. Juni 1811 (GS. S. 313) zurück, haben ihren jetzigen Wortlaut im wesentlichen zuerst im preußischen Gerichtskostengesetz vom 10. Mai 1851 (GS. S. 622) bei der Regelung der Gebührenfreiheit erhalten, und sie finden sich demnächst auch in den Tarifen zu den preußischen Erbschaftssteuergesetzen vom 30. Mai 1873 (GS. S. 329) und $\frac{\text{19. Mai 1891}}{\text{31. Juli 1895}}$ (GS. S. $\frac{78}{412}$) sowie in dem geltenden preußischen Gerichtskostengesetz vom 25. Juli 1910 (GS. S. 184)

*) Im folgenden abgekürzt: LStG.

vor. Für die Auslegung des hier aufgestellten Begriffs der Öffentlichkeit ist die Entscheidung des Reichsgerichts (III. Zivilsenat) vom 22. November 1881 (JMBl. 1882 S. 315) grundlegend geworden, in der als öffentlich im Sinne des Erbschaftssteuergesetzes diejenigen Schulen anerkannt werden, die im Eigentum oder unter der Verwaltung des Staates oder einer Kommune stehen, und in die aufgenommen zu werden jedermann beanspruchen oder doch unter gewissen Voraussetzungen beanspruchen kann. An dieser Begriffsbestimmung hat die Verwaltungsübung (vgl. Hummel-Specht, Anm. 10 zu § 5 LStG.) und die Rechtsprechung des Kammergerichts für den Umkreis des Stempelgesetzes, des Erbschaftssteuergesetzes und des Gerichtskostengesetzes festgehalten, vgl. z. B. Johow, Bd. 23 B S. 33, Bd. 27 B S. 3, Bd. 43 B S. 320. Nur die in der Rechtsprechung d. Oberl. Ger. Bd. 7 S. 237 und bei Johow, Bd. 28 B S. 55 ff. abgedruckten Entscheidungen des Kammergerichts haben vorübergehend das Erfordernis, daß die betreffende Anstalt gerade dem Staate oder einer Kommune gehören oder doch von ihnen verwaltet werden muß, etwas zurücktreten lassen. Das ist indes ohne wesentliche Bedeutung und entbehrt sogar nicht einer gewissen inneren Berechtigung, weil die Frage nach dem Eigentümer oder Verwalter in der Regel mehr mittelbar wirkt als unmittelbar den Ausschlag gibt. Staat und Kommune umfassen alle Bewohner des Staatsgebietes oder eines bestimmt abgegrenzten Teiles davon, die von ihnen betriebenen Anstalten werden daher regelmäßig jedermann offenstehen. Andere Körperschaften oder Anstalten des öffentlichen Rechts umfassen nur gewisse Klassen von Bewohnern ihres Bezirks oder dienen nur ihnen, die von ihnen betriebenen Einrichtungen werden daher häufig auch nur jenen Klassen offenstehen.

Über die Frage der Öffentlichkeit der Krankenanstalten und Schulen hat auch das Preußische Oberverwaltungsgericht auf der Grundlage des Kommunalabgabengesetzes vom 14. Juli 1893 (GS. S. 152) geurteilt. Nach § 24 Abs. 1 Buchstabe f und h a. a. O. sind den Steuern vom Grundbesitz nicht unterworfen die zum öffentlichen Unterricht bestimmten Gebäude und die Armen-, Waisen- und öffentlichen Krankenhäuser, die Gefängnis-, Besserungs-, Bewahr- usw. Anstalten. Als öffentlichen Unterricht sieht das Oberverwaltungsgericht (8. Senat) in seiner Entscheidung vom 20. Juni 1913 (Bd. 64 S. 257) denjenigen an, der im Rahmen der staatlich gestellten Aufgaben des ihn Darbietenden im öffentlichen Interesse erteilt wird, und das öffentliche Interesse wird für gegeben erachtet, wenn die Schule allen Personen zugänglich ist, die die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllen. In der Frage nach der Öffentlichkeit einer Krankenanstalt nimmt das Oberverwaltungsgericht (2. Senat) in zwei die Lazarette der Knappschaftsvereine betreffenden Entscheidungen (vom 15. März 1903, Entsch. Bd. 44 S. 169, und vom 28. November 1905, Preuß. Verwaltungsblatt Bd. 27 S. 376) einen abweichenden Standpunkt ein. Für ausschlaggebend hält es nicht die Persönlichkeit des Eigentümers, auch nicht die allgemeine Zugänglichkeit, vielmehr lediglich den Umstand, daß das Krankenhaus im öffentlichen Interesse, d. h. nach der Ansicht des Oberverwaltungsgerichts nicht des Erwerbes wegen, sondern zu gemeinnützigen Zwecken betrieben wird. Diese Auslegung beruht wesentlich auf der vom Kammergericht bei Johow, Bd. 28 B S. 55 ff. ausführlich mitgeteilten Entstehungsgeschichte des Kommunalabgabengesetzes. Die Öffentlichkeit als Erfordernis für die Steuerfreiheit eines Krankenhauses ist erst bei den Kommissionsberatungen und zu dem ausgesprochenen Zweck in das Gesetz hineingebracht worden, die häufig großen Gewinn bringenden Privatkliniken der Ärzte von der Befreiung auszunehmen. Später sind Zweifel aufgetaucht, ob durch die gewählte Fassung der Rahmen nicht zu eng gezogen sei, es ist aber bei der einmal gewählten Fassung geblieben. Es kann hier unerörtert bleiben, ob diese Vorgänge bei der Beratung des Kommunalabgabengesetzes die vom Oberverwaltungsgericht daraus gezogenen Schlußfolgerungen rechtfertigen. Soviel ist daraus mit dem Kammergericht jedenfalls zu entnehmen, daß das Erfordernis der Öffentlichkeit bei den Krankenhäusern, wie es das Kommunalabgabengesetz aufstellt, auf einem anderen Boden erwachsen ist, als das gleiche Erfordernis in dem Landesstempelgesetz, dem preußischen Gerichtskostengesetz und dem preußischen Erbschaftssteuergesetz. Eine Gleichsetzung der Begriffe erscheint danach ausgeschlossen. Das wird auch von dem Oberverwaltungsgericht selbst anerkannt, indem es in der Frage nach der Öffentlichkeit des Unterrichts der vom Reichsgericht aufgestellten Begriffsbestimmung im wesentlichen folgt. Auch im Schrifttum sind Angriffe gegen diese Begriffsbestimmung gerichtet worden, wie bereits das Oberlandesgericht hervorgehoben hat. Den an sich gründlichen und beachtenswerten Ausführungen Ungers (in der „Selbstverwaltung" 1909 S. 493, 509, 525) kann aber nicht beigetreten werden. Verfehlt erscheint bereits sein Ausgangspunkt, der Versuch, für die öffentlichen Krankenanstalten, wo auch immer sie in Gesetzen und Verordnungen genannt sind, gemeinsame Merkmale aufzustellen. Für die von Unger herangezogenen Bestimmungen sind die verschiedensten Gesichtspunkte maßgebend gewesen, z. B. stempel- und steuerrechtliche, gesundheits-, seuchen- und gewerbspolizeiliche und auf die Durchführung des Personenstandsgesetzes gerichtete. Eine jede ist auf ihrem besonderen Boden erwachsen und trägt die Merkmale ihres Ursprungs und ihrer Entwicklung an sich. Deshalb ist der Rahmen, in den die „öffentlichen Krankenanstalten" sämtlich hineinpassen sollen, sehr weit, die Begriffsbestimmung selbst schließlich recht farblos geworden. Und auch dies Ziel ist nicht ohne Gewaltsamkeiten erreicht. Dazu gehört die von vornherein (S. 527) vorgenommene und auch bei der Erörterung des § 30 GewOrd. betätigte (S. 512) Gleichsetzung der in öffentlicher Hand befindlichen Krankenanstalten mit den „öffentlichen", die gerade den erst zu beweisenden Satz darstellt. Dazu gehört weiter die Verflachung der Begriffe, bei der schließlich ein mehr oder minder öffentlich rechtlicher Charakter (S. 525) genügt, die große Allgemeinheit, die Öffentlichkeit, schließlich mit dem geschlossenen Kreise der an der Invaliditätsversicherung beteiligten Personen zusammenfällt (S. 528 ff.), das persönliche Interesse des einzelnen mit seinem Interesse als Staatsbürger zusammengeworfen wird (S. 529), wohltätige Zwecke schlechthin als dem öffentlichen Interesse dienend angesehen werden (S. 531), und auch juristische Personen des Privatrechts als Eigentümer öffentlicher Krankenanstalten sollen in Frage kommen können (531). Unter diesen Umständen geben auch die Ungerschen Darlegungen keinen zwingenden Anlaß, von der an die Spitze gestellten Begriffsbestimmung abzugehen, wie sie das Reichsgericht in seinem Urteil vom 22. November 1881 für die Öffentlichkeit einer Anstalt gegeben hat.

An ihr gemessen läßt das Genesungsheim H. in der Hand seiner jetzigen Eigentümerin sämtliche Merkmale der Öffentlichkeit vermissen. Es befindet sich

weder im Eigentum noch in der Verwaltung des Staates oder einer Kommune, vielmehr im Eigentum und der Verwaltung der Klägerin, einer selbständigen, neben Staat und Kommunen stehenden juristischen Persönlichkeit des öffentlichen Rechts (§§ 4, 1326 ff. RVO.), es ist nicht jedermann zugänglich, vielmehr nur den bei der Klägerin versicherten Arbeitern und ihren Witwen, auch diese haben aber weder einen unbedingten, noch auch nur einen an gewisse Voraussetzungen geknüpften Anspruch auf Aufnahme (§§ 1269 ff. RVO.). Es ist danach lediglich Sache des Vorstandes der Klägerin, geeignete Personen für das Heilverfahren auszuwählen und in die Anstalt zu bringen. Mit Recht hat also das Berufungsgericht es abgelehnt, das Genesungsheim H. als öffentliche Krankenanstalt anzuerkennen.

3. Das Oberlandesgericht hat zum Schluß noch die Frage geprüft, ob die Genesungsheime der Landesversicherungsanstalten zu den „vom Staate genehmigten Hospitälern und anderen Versorgungsanstalten“ im Sinne des § 5 Abs. 1 d LStG. gehören. Es hat diese Frage aus zutreffenden Gründen verneint, ihnen ist lediglich beizutreten. Was die Revision dagegen anführt, richtet sich in Wahrheit gegen die Begriffsbestimmung, die das Oberlandesgericht der öffentlichen Krankenanstalt gegeben hat, und ist bereits bei den früheren Erörterungen, soweit erforderlich, berücksichtigt worden.

Sprechsaal.

Kann auch im Beschlußverfahren des Oberversicherungsamts der Vorsitzende eine Vorentscheidung erlassen?

In einer Streitsache aus § 405 Abs. 2 RVO. hatte das Oberversicherungsamt ohne Mitwirkung der Beschlußkammer eine als endgültig bezeichnete Entscheidung erlassen. Die Entscheidung wurde angefochten, und das Reichsversicherungsamt gab dem Oberversicherungsamt die Sache mit dem Bemerken zurück, daß im Hinblick auf § 1781 Abs. 1 Satz 2 RVO. im Falle des § 405 Abs. 2 nur die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts endgültig entscheide, obgleich hier das Wort „Beschlußkammer“ nicht ausdrücklich hinzugesetzt sei; unter diesen Umständen bleibe nichts anderes übrig, als in der Entscheidung des Oberversicherungsamts eine im Beschlußverfahren ergangene Vorentscheidung zu erblicken (zu vgl. Entsch. Nr. 1915, Amtl. Nachr. 1914 S. 741). Hiergegen sei dann die Anrufung der Beschlußkammer zulässig.

Indem das Reichsversicherungsamt auf seine soeben bezeichnete grundsätzliche Entscheidung hinweist, scheidet bei der Beurteilung der Frage die nach dem Wortlaut des Bescheides mögliche Annahme aus, es habe sich bei der Umdeutung der Entscheidung des Oberversicherungsamts in eine Vorentscheidung nur um einen Ausweg zur Heilung eines Mangels des Verfahrens gehandelt. Die grundsätzliche Entscheidung aber, die zwar in ihrer Überschrift in zweiter Stelle allgemein ausspricht, daß Vorentscheidungen im Beschlußverfahren in demselben Umfange zulässig seien wie im Spruchverfahren, befaßt sich inhaltlich nur mit dem Verfahren vor dem Versicherungsamt (Beschlußausschuß) und erachtet hierfür die ohnehin durch § 60 der Kaiserl. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. 12. 1911 (RGBl. S. 1107 ff.) eingeführte Vorentscheidung im Beschlußverfahren für tatsächlich zulässig. Die im genannten § 60 dem Vorsitzenden des Versicherungsamts eingeräumte Befugnis, Vorentscheidung zu erlassen, ist jedoch nicht auch dem Vorsitzenden der Beschlußkammer des Oberversicherungsamts gegeben, weder durch die RVO. noch ergänzungsweise durch die Kaiserl. Verordnung. Es kann daher aus der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 1915 von 1914 allein kein Rechtsgrund für das Oberversicherungsamt hergeleitet werden, nun auch seinerseits Vorentscheidungen im Beschlußverfahren ergehen zu lassen.

Bei der Bedeutung der Vorentscheidung für die Entlastung der Kammer wäre ein näheres Eingehen auf diese Frage sehr wünschenswert.

Regierungssekretär Baum in Koblenz (Oberversicherungsamt).

Anmerkung: Wir haben die gleiche Auffassung schon in einer Auskunft im Jahrg. 1915 S. 72 Ziff. 6 a vertreten.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Jahre 1916.

Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Träger der Invalidenversicherung für das Geschäftsjahr 1916, die in den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts kürzlich veröffentlicht wurden, sind besonders bemerkenswert. Zunächst weil sie zeigen, in welcher Weise der Krieg auf diesen Versicherungszweig weiter einwirkt, sodann weil im Jahre 1916 eine ziemlich einschneidende Veränderung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen (Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug der Altersrente usw.) vorgenommen wurde und in Kraft trat.

Wie umfangreich der Geschäftsbetrieb der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung geworden ist, geht daraus hervor, daß im Jahre 1916 bei sämtlichen Trägern derselben 356 Mitglieder der Vorstände, 55 Hilfsarbeiter der Vorstände, 3250 Angestellte im Kassen-, Bureau- und Kanzleidienst, 373 mit niederen Dienstleistungen betraute Personen, 453 Überwachungsbeamte, 2219 in Heilstätten tätige Personen, 1818 in Markenverkaufsstellen tätige Angestellte beschäftigt wurden. Dabei ist das während des Krieges eingestellte Aushilfspersonal nicht mit eingerechnet. Die Zahl der Ausschußmitglieder (Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten) beträgt zusammen

630. Bei den Sonderanstalten werden die Angestellten häufig von anderer Seite gestellt, auch besitzen diese Versicherungsträger keine Überwachungsbeamte und keine Ausschüsse. In der Einziehung der Beiträge sind keine Veränderungen eingetreten; die Zahl der gemäß §§ 1447 bis 1456 RVO. mit der Beitragserhebung betrauten Stellen beträgt 3483. Darunter befinden sich allein 2723 Krankenkassen. Im Kgr. Sachsen befinden sich allein 1177 Einzugsstellen, davon allein 1171 Krankenkassen.

Im Jahre 1916 sind insgesamt 10 443 168 Quittungskarten eingegangen, darunter 39 087 für Selbstversicherung. Die Nr. 1 trugen 1 340 532 Karten, darunter 2043 für Selbstversicherung. Hierbei sind sämtliche eingelieferte Karten gezählt, auch wenn sie nicht im Wege des Umtausches erneuert wurden. Die Sonderanstalten ziehen die Beiträge bar ein, sie haben also keine Quittungskarten. Die Zahl der Karten mit der Nr. 1 stellt die Zahl der Versicherten dar,. die im Berichtsjahr neu in die Versicherung eingetreten sind. Bemerkenswert ist, daß sich unter diesen eine verhältnismäßig recht hohe Zahl von Selbstversicherten befindet.

In der Rentenfestsetzung äußert sich die Wirkung des Krieges namentlich in der starken Zunahme der Krankenrenten und der Waisenrenten. Infolge der schon erwähnten Gesetzesänderung trat im Berichtsjahr auch ein starkes Anwachsen der Zahl der Altersrenten ein. Es wurden von allen Versicherungsträgern festgesetzt:

	im Jahre 1912	1915	1916
Invalidenrenten	124 825	101 160	107 808
Krankenrenten	11 570	17 490	83 399
Altersrenten	12 111	11 715	96 705
Witwen- (Witwer-)renten . .	3 811	11 304	13 259
Witwenkrankenrenten . . .	110	637	986
Waisenrenten (für Waisenstämme)	13 962	107 995	112 671
Witwengelder	4 118	34 887	36 848
Waisenaussteuern	108	1 415	2 249
Beitragserstattungen bei			
Heiratsfällen	18 095	—	—
Unfällen	279	4	1
Todesfällen	5411	—	2
Zusatzrenten	—	38	57

Die Ziffern zeigen, daß den Kriegsbeschädigten fast ausschließlich nur die Krankenrente bewilligt worden ist. Beitragserstattungen gemäß §§ 42 bis 44 des Invalidenversicherungsgesetzes werden nach dem Inkrafttreten der RVO. nur noch soweit gewährt, als dies nach den Artikeln 75 bis 78 des Einführungsgesetzes zur RVO. zulässig ist.

Die Beitragseinnahme bei allen Versicherungsträgern entwickelte sich in folgender Weise:

Jahr	Einnahme aus Beiträgen in Mk.	Zahl der Wochenbeiträge	Durchschnittlicher Betrag eines Wochenbeitrags in Pfennigen
1912	248 456 259	730 848 091	34,98
1913	262 758 703	752 117 687	34,91
1914	241 541 740	680 749 917	35,50
1915	203 253 047	584 583 723	34,76
1916	201 322 453	573 100 569	35,13

Außerdem wurden noch 26 177 M für Zusatzbeiträge eingenommen. Bei den Sonderanstalten ist während des Krieges die Beitragseinnahme nicht zurückgegangen, sondern zum Teil gestiegen. Die gemäß § 1233 Abs. 2 RVO. von den Arbeitgebern russischer und österreichischer Staatsangehörigkeit, denen der Aufenthalt im Inland nur bestimmte Zeit gestattet ist und die deshalb versicherungsfrei sind, gezahlten Beiträge haben sich im Jahre 1916 auf 98 357 M für 804 731 Wochen belaufen. Bis zum Jahre 1914 fand eine fortgesetzte Verschiebung der Versicherten nach den höheren Lohnklassen statt. Im Jahre 1915 trat ein Rückschlag ein, der jedoch im Jahre 1916 wieder beseitigt war. Die Gesamteinnahme aus Nutzungen von Grundstücks- und baulichen Anlagen und den beweglichen Einrichtungen ist im Jahre 1916 auf 3 248 191 M angewachsen. Im Jahre 1912 betrugen sie nur 2 658 712 M.

Die Versicherungsleistungen gestalteten sich folgendermaßen:

Jahr:	Zahlungen an Renten überhaupt Mk.	davon Anteil des Reiches Mk.	Einmalige Abfindungen überhaupt Mk.	davon Anteil des Reiches Mk.
1912	176 659 892	54 872 015	1 969 805	197 281
1913	187 861 831	58 115 992	619 885	410 066
1914	199 572 354	61 506 618	789 156	509 383
1915	211 523 196	67 815 417	2 726 524	1 729 250
1916	251 731 698	82 536 904	2 984 735	1 841 183

An Altersrenten wurden 13¾ Mill. Mk. mehr gezahlt als im Vorjahr. Auch die Ausgaben für Hinterbliebenenrenten sind außerordentlich gestiegen; für Waisenrenten wurden allein über 23 Millionen Mark gezahlt. Kinderzuschüsse wurden bei Invalidenrenten in rund 22 000 Fällen gewährt, bei Krankenrenten in rund 35 000 Fällen, Zusatzrenten (§ 1472 RVO.) wurden in 57 Fällen gezahlt. Die Gesamtausgaben der Versicherungsträger für das Heilverfahren (§ 1269 RVO.) belief sich infolge der beträchtlichen Aufwendungen für die Kriegswohlfahrtspflege auf 16 124 669 M. An Ersatzleistungen und Zuschüssen zu den Kosten des Heilverfahrens von Krankenkassen usw. sind 4 460 850 M gezahlt worden. An Angehörige der in Heilbehandlung Genommenen sind als Hausgeld (§§ 1271 bis 1305 RVO.) 1 360 909 M gezahlt worden. Für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung gemäß § 1274 RVO. wurden im ganzen 3 540 366 M ausgegeben. Im allgemeinen entfallen auf 100 M Beitragseinnahmen 16,32 M Ausgaben für Heilverfahren und Krankheitsverhütung. Die höchsten Ausgaben hat hier Württemberg mit 41,79 M, die niedrigsten Niederbayern mit 5,31 M.

Für Invalidenhauspflege sind insgesamt 2 481 196 M verausgabt worden. Durch Einbehaltung der Renten wurden 652 450 M ersetzt, und durch Ersatzleistungen und Zuschüsse von anderer Seite 154 192 M erstattet, so daß eine endgültige Ausgabe von 1 674 552 M erwuchs. Für Waisenhauspflege wurden nach Abzug der Ersatzleistungen 288 159 M aufgewendet. Die Mehrleistungen auf Grund des § 1400 RVO. betrugen bei den Versicherungsanstalten 828 367 M. Es sind dies vom Bundesrat genehmigte, über die im § 1271 RVO. vorgeschriebene Höhe hinausgehende Aufwendungen für Angehörige der in Heilbehandlung genommenen Versicherten.

Die Verwaltungskosten zeigen eine fortgesetzte Steigerung. Die allgemeine Verwaltung erforderte im Jahre 1916 die Summe von 18 115 246 Mark. Davon entfallen 14 204 694 ℳ auf persönliche und 3 910 552 ℳ auf sächliche Aufwendungen. Außerdem wurde aufgewendet für: Erhebungen bei Gewährung oder Entziehung von Leistungen 2 081 878 Mark, Berufungs-, Revisions- und Beschwerdeverfahren 360 910 ℳ, Beitragsverfahren und Überwachung 4 877 417 ℳ. Die auf je 1000 ℳ der Gesamteinnahmen überhaupt entfallenden Verwaltungskosten stiegen von 68 ℳ im Jahre 1912 auf 75 ℳ im Jahre 1915 und 82 ℳ im Jahre 1916. Bei den einzelnen Versicherungsanstalten ist dieser Betrag natürlich äußerst verschieden. Er schwankt von 139 ℳ bei der Landesversicherungsanstalt Westpreußen bis auf 46 ℳ bei derjenigen für Mittelfranken. Die Beitragsüberwachung hat während des Krieges eine Einschränkung erfahren; sie erforderte im Jahre 1916 die Summe von 2 202 471 ℳ. Die Beitragsmarken und Quittungskarten erforderten 340 844 ℳ. An Kursverlusten hatten sämtliche Versicherungsträger 641 094 ℳ zu verzeichnen.

Insgesamt betrugen im Jahre 1916 bei allen Versicherungsträgern die Einnahmen 309 442 256 ℳ, die Ausgaben 235 639 969 ℳ, der Vermögenszuwachs 73 802 287 ℳ. Letzterer ist bedeutend geringer als in den Vorjahren; noch im Jahre 1914 betrug er 146 980 580 ℳ. Bei zwei Versicherungsträgern hat sich der Vermögensbestand gegenüber dem Vorjahr vermindert.

Das gesamte Vermögen aller Träger der Invalidenversicherung stellt sich Ende 1916 auf 2934 Millionen Mark. Davon kommen auf den Kassenbestand annähernd 12 Millionen, auf Wertpapiere und Darlehen 2806 Millionen, auf Grundbesitz 107 Millionen und auf bewegliche Einrichtungen 8,6 Millionen. Von 1000 ℳ Vermögen waren 4 ℳ im Kassenbestand, 956 ℳ in Wertpapieren und Darlehen, 37 ℳ in Grundstücken und 3 ℳ in beweglichen Einrichtungen angelegt. Der durchschnittliche Zinsertrag der in Wertpapieren und Darlehen angelegten Vermögensteile stellte sich im Jahre 1916 auf 4,03 v. H. gegen 3,61 v. H. im Jahre 1912.

Der durchschnittliche Jahresbetrag einer Invalidenrente stellte sich im Jahre 1916 auf 198,78 ℳ. Davon entfallen auf die Stammrente 189,60 ℳ und auf die Kinderzuschüsse 45,09 ℳ. Eine Krankenrente betrug im Durchschnitt 200,23 ℳ, eine Altersrente 178,71 ℳ, einer Witwenrente 81,26 ℳ, einer Waisenrente für einen Waisenstamm 83,55 ℳ und für eine einzelne Waise 36,81 ℳ, eines Witwengeldes 80,04 ℳ, einer Waisenaussteuer 24,84 ℳ und einer Zusatzrente 1,58 ℳ. Was das Alter der Rentenbewerber anbetrifft, so befand sich der größte Teil derjenigen, die eine Invalidenrente festgesetzt erhielt, nämlich 23 835, im Alter von 65 bis 69 Jahren. Bei den Krankenrenten befand sich der größte Teil, nämlich 26 597, im Alter von 25 bis 29 Jahren. — Der Bericht des Reichsversicherungsamts hat an manchen Stellen gegenüber den Vorjahren eine Kürzung erfahren.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Kassenzugehörigkeit von Gärtnereibetrieben.

1. Nach Bochum. Berichtigung: Gegenüber unserer Auskunft im Heft 8 S. 160 Ziff. 12 wird mit Recht auf § 235 Abs. 2 RVO. hingewiesen, wonach die in der Gärtnerei, im Friedhofsbetrieb, in Park- und Gartenpflege Beschäftigten nur dann Mitglieder der Landkrankenkassen sind, wenn sie in Teilen landwirtschaftlicher Betriebe tätig sind. Danach gehören sowohl die in Haus- und Ziergärten, in Parks und in gärtnerischen Anlagen der Friedhöfe Beschäftigten grundsätzlich ebenso wie die in gewerblichen Gärtnereibetrieben Beschäftigten zur allgemeinen Ortskrankenkasse. Nur wenn die Gärtnerei, die Park- und Gartenpflege mit einem landwirtschaftlichen Betriebe verbunden ist, gehören die darin Beschäftigten zur Landkrankenkasse.

Hinzutritt einer neuen Krankheit.

2. Nach Witten. Frage: Ein Kassenmitglied hat vom 26. Januar 1917 bis 20. Februar 1917 wegen Influenza krankgefeiert und ist als „geheilt und arbeitsfähig“ aus der ärztlichen Behandlung entlassen worden. Am 18. April 1917 ist es in eine Anstalt für Epileptische aufgenommen worden, wo es auf öffentliche Kosten verpflegt wird. Der Armenarzt erklärte unterm 17. April 1917: „J. ist wegen Epilepsie früher nicht in Behandlung gewesen, also auch nicht während seiner Beschäftigung, weil die Eltern von der Nutzlosigkeit der ärztlichen Behandlung überzeugt waren. Auch waren sie damit insofern im Recht, als mit Heilmitteln gegen Epilepsie meist nichts ausgerichtet wird, und als demnach die Anwendung von Heilmitteln nicht erforderlich war. Auch seit dem Austritt aus dem Arbeitsverhältnis hat J. keine Heilmittel angewendet. Seit 8. Februar 1917 besteht Arbeitsunfähigkeit im Sinne der RVO.“ Der Arzt der Krankenkasse, der den Mann seinerzeit wegen Influenza behandelt hat, stimmte dieser Ansicht zu. Damit wird stillschweigend zugegeben, daß die Bescheinigung, nach welcher der Kranke am 20. Februar 1917 „gesund und arbeitsfähig“ sein sollte, sich nur auf Influenza bezieht. Ist die Kasse ersatzpflichtig? Gegebenenfalls an welchem Tage beginnt der Lauf der 26wöchigen Frist, am 20. Februar 1917, als dem letzten Tage der Kassenmitgliedschaft

oder am 18. April 1917, als dem Tage des Eintritts der Armenpflege?

Antwort: Tritt während bestehender Krankheit eine neue hinzu, so beginnt damit nicht ein neuer Versicherungsfall, sondern es liegt nur ein einziger vor, und für die Berechnung der Unterstützungsdauer ist demnach die erste Erkrankung maßgebend. Sollte demnach vom 26. Januar 1917 ab ununterbrochen Arbeitsunfähigkeit bestanden haben, und zwar teils infolge der Influenza, teils infolge der Epilepsie, so würde die Verpflichtung der Kasse am 27. Juli 1917 gemäß § 183 RVO. aufgehört haben. Sie müßte dann dem Armenverband für die Zeit vom 18. April bis 27. Juli 1917 Ersatz leisten. War J. jedoch in der Zeit vom 21. Februar bis 17. April 1917 nicht krank, d. h. bedurfte er in dieser Zeit nicht der Krankenpflege, noch war er arbeitsunfähig, so begann mit dem 18. April 1917 ein neuer Versicherungsfall, für den die Kasse gemäß § 183 RVO. Leistungen für 26 Wochen, also bis zum 17. Oktober 1917 einschließlich zu gewähren haben würde, vorausgesetzt, daß er auch nach dem 20. Februar Mitglied der Kasse blieb. War er aber aus dieser infolge Erwerbslosigkeit ausgeschieden, so hat die Kasse keine Verpflichtung mehr, da der neue Krankheitsfall am 18. April, später als 3 Wochen nach diesem Ausscheiden eingetreten sein würde. Zur Beurteilung der Rechtslage ist also genau festzustellen, ob vom 21. Februar bis 17. April Arbeitsunfähigkeit oder ein Bedürfnis einer Krankenpflege bestand und ob J. Mitglied der Kasse geblieben ist.

a) Übertritt in eine niedere Stufe (§ 313 RVO.). b) Schadenersatz wegen unterlassener Abmeldung.

3. Nach Mainz-Kastel. Antwort: a) Der Weiterversicherte kann nach § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten, d. h. er kann die niedere Stufe wählen. Der Vorstand kann ihn nicht auf die Lohnstufe beschränken, die seinem Einkommen aus nichtversicherungspflichtiger Beschäftigung entspricht.

b) Das versicherungspflichtige Mitglied ist durch Überschreiten der Verdienstgrenze von 2500 *M* am 1. 10. 17 kraft Gesetzes aus der Kasse ausgeschieden, wenn es sich nicht nach § 313 RVO. freiwillig weiterversicherte. Es hat daher wegen des am 27. 12. 17 eingetretenen Krankheitsfalls keinen Anspruch auf Kassenleistungen, wenngleich eine Abmeldung nicht erfolgt war. Hat die Kasse in Unkenntnis der Sachlage ihm Leistungen gewährt, so kann sie von dem Arbeitgeber wegen der schuldhaft unterlassenen Abmeldung Schadenersatz verlangen (Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 4 zu § 531 RVO.). Die erhobenen Beiträge hat sie dem Arbeitgeber nicht zu erstatten, weil dieser zur Fortzahlung der Beiträge bis zur Abmeldung verpflichtet ist (§ 397 Abs. 1 RVO.).

Krankenhilfe bei anormaler Entbindung. — Nahrungsmittel als Heilmittel?

4. Nach L. i. Sa. Antwort: a) Verläuft eine Entbindung anormal, so daß Krankenpflege erforderlich wird, so nimmt sie den Charakter einer Krankheit an, und für diese muß die Kasse Unterstützung gewähren, wie für jede andere Krankheit, und zwar im Umfange der Regelleistungen (§ 182 RVO.). Diese Krankenhilfe wird nicht dadurch zur Mehrleistung, daß sie durch eine Entbindung veranlaßt worden ist.

b) Nahrungsmittel, die rationiert sind, aber den Kranken über die Ration hinaus von den Ärzten verschrieben werden, sind in der Regel als Krankenkost zu betrachten und daher von den Kassen nur insoweit zu gewähren, als die Satzung eine dem § 193 Abs. 2 RVO. entsprechende Vorschrift enthält. Heilmittel sind sie nur ganz ausnahmsweise, nämlich nur dann, wenn sie dazu bestimmt und geeignet sind, die Heilung zu fördern, also nicht, wenn sie lediglich als Ersatz für solche Nahrungsmittel, die dem Kranken bei seinem besonderen körperlichen Zustande schädlich sein würden, oder nur zur Stärkung dienen. (Vgl. ArbVers. 1917 S. 96 Ziff. 1.)

Befreiungsantrag aus § 170 RVO. braucht nicht auf alle Versicherungspflichtigen erstreckt zu werden.

5. Nach D.-M. Antwort: Die evangelische Kirchengemeinde braucht den Antrag auf Befreiung aus § 170 RVO. keineswegs auf alle diejenigen Beschäftigten zu erstrecken, denen einer der im § 169 bezeichneten Ansprüche gewährleistet ist. Sie kann die Befreiung für einige dieser Personen beantragen, die anderen aber zur Mitgliedschaft anmelden. Eine ähnliche Bestimmung, wie sie in §§ 418, 435 RVO. für landwirtschaftliche Arbeiter und Dienstboten erlassen ist, ist in § 170 RVO. nicht enthalten.

Zur Krankenversicherung der Zivilschreiber in Militärbureaus.

6. Nach Salzwedel. Antwort: Wer im vaterländischen Hilfsdienst tätig ist, unterliegt der Krankenversicherung grundsätzlich in gleicher Weise, wie andere Angestellte und Arbeiter (§ 1 Verord. über Vers. der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten; ArbVers. 1917 S. 177). Daher ist es nach § 165 RVO. zu beurteilen, ob sie krankenversicherungspflichtig sind. Wer in einem militärischen Bureau (Kompagnie, Bataillon, Gefangenenlager usw.) als Schreiber tätig ist, hat als Gehilfe zu gelten (Ziff. 1 § 165 RVO.). Er übt keineswegs eine Beschäftigung in gehobener Stellung aus (Ziff. 2). Daher ist es für die Versicherungspflicht ohne Bedeutung, ob diese Tätigkeit ihren Hauptberuf bildet oder nicht, und somit kommt auch die soziale Stellung, die jene Bureauarbeiter und Bureauarbeiterinnen sonst im bürgerlichen Leben einnehmen, für die Frage der Versicherungspflicht hier nicht in Frage. (Vgl. die Anmerkung der Schriftleitung zu der Entscheidung des Versicherungsamts Altona in der ArbVers. 1917 S. 632.)

Wahl zum Kassenausschuß ohne Stimmabgabe.

7. Nach Kr. Antwort: Wenn keine anderen Wohlvorschläge rechtzeitig eingegangen sind, so gelten diejenigen Bewerber, welche in dem vom Vorstande gemäß § 7 Abs. 1 der Wahlordnung aufgestellten Wahlvorschlage benannt sind, ohne Stimmabgabe als gewählt (§ 9 Ihrer Wahlordnung = § 10 der Musterwahlordnung; zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1914 S. 639).

Hausgeld für Frau und Kinder, wenn die Ehe geschieden ist?

8. Nach Jena. Frage: Wir haben einige Kassenmitglieder, deren Ehen geschieden worden sind, und die zu einem bestimmten Unterhaltsbeitrag verurteilt sind. In einem Falle hat der Kranke wöchentlich 20 *M* zu zahlen, ein vor Jahren festgesetzter Betrag,

der eine den Zeitverhältnissen entsprechende Erhöhung bisher nicht erfahren hat. Das von der Kasse zu gewährende Hausgeld beträgt jedoch 30 M. Wir sind im Zweifel, ob wir berechtigt sind, der geschiedenen Ehefrau mit ihren Kindern das volle Hausgeld zu zahlen, obwohl der gerichtlich festgesetzte Unterhaltsbeitrag nur 20 M beträgt.

Antwort: Die Frau bleibt bei dieser Frage außer Betracht, weil sie infolge der Scheidung aufgehört hat, zu den „Angehörigen" des Versicherten im Sinne des § 186 RVO. zu gehören. Der Unterhaltsbeitrag, zu dessen Zahlung der Versicherte verurteilt worden ist, scheint aber doch auch für die Kinder mitbestimmt zu sein. Dann würde aus diesem Grunde das Hausgeld für die Kinder zu zahlen sein, wenn der auf sie entfallende Teil des Unterhaltsbeitrags mehr als die Hälfte dessen beträgt, was ihr Unterhalt kostet; denn nur dann trifft die Voraussetzung des § 186 RVO. zu, daß der Versicherte bisher die Kinder „überwiegend" unterhalten hat (ArbVers. 1915 S. 375). Ist diese Voraussetzung gegeben, so ist das volle Hausgeld zu zahlen, obwohl es mehr beträgt als der Unterhaltsbeitrag des Versicherten.

Kosten für die Fahrt zum Arzt.

9. Nach H. Antwort: Die Krankenkasse braucht die Kosten einer Fahrt zum Arzt oder Zahntechniker dem Versicherten nur dann zu erstatten, wenn ihm nach der Sachlage nicht zugemutet werden kann, den Weg zu Fuß zurückzulegen. Ob das der Fall ist, muß im Einzelfalle unter Berücksichtigung der Entfernung und des körperlichen Zustandes des Kranken entschieden werden.

Rechtsbeziehungen zwischen landwirtschaftlicher Genossenschaft, Krankenkasse und Gemeinde nach §§ 942, 943, 945 RVO.

10. Nach St. Wendel. Antwort: Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft hat einem unfallverletzten Arbeiter vom 14. Mai 1914 ab ein Heilverfahren auf Grund des § 945 RVO. gewährt und in Höhe der ihr dadurch entstandenen Kosten mit 257,60 M gemäß § 945 Abs. 2 von der Gemeinde Ersatz gefordert und erhalten, da diese für verpflichtet gehalten wurde, dem Verletzten nach § 942 Krankenhilfe zu gewähren. Später stellte sich heraus, daß der Verletzte krankenversicherungspflichtig war, folglich Anspruch auf die Fürsorge der zuständigen Krankenkasse hatte und daher gemäß § 943 Abs. 1 Ziff. 1 die Gemeinde nicht nach § 942 zur Gewährung der Krankenhilfe verpflichtet war. Es fragt sich, welche Beziehungen und Ersatzansprüche aus diesem Sachverhalt zwischen Berufsgenossenschaft, Krankenkasse und Gemeinde entstanden sind. Ein Anspruch gegen die Genossenschaft könnte von der Gemeinde nur aus dem Rechtsgrunde ungerechtfertigter Bereicherung nach § 812 BGB. erhoben werden. Die Voraussetzungen dieser Gesetzesvorschrift sind aber nur in beschränktem Umfange gegeben. Denn die Gemeinde hatte, weil die zunächst verpflichtete Krankenkasse dem Verletzten (gleichviel aus welchem Grunde) die Krankenhilfe tatsächlich nicht gewährte, nach § 943 Abs. 2 RVO. die Krankenhilfe aushilfsweise zu übernehmen oder, da die Berufsgenossenschaft selbst das Heilverfahren bereits übernommen hatte, ihr nach § 945 Abs. 2 Ersatz zu leisten, soweit der Verletzte von der Gemeinde Leistungen beanspruchen konnte. Diese Leistungspflicht der Gemeinde bemißt sich nach § 943 Abs. 3. Soweit sie reicht, kann daher nicht davon die Rede sein, daß die Berufsgenossenschaft etwas auf Kosten der Gemeinde „ohne rechtlichen Grund" erlangt hätte; insoweit entfällt also ein Anspruch der Gemeinde gegen die Genossenschaft auf Zurückzahlung. Nur soweit der gezahlte Betrag den nach § 943 Abs. 3 berechneten Betrag übersteigt, ist ein solcher Anspruch aus § 812 BGB. begründet und nach der (freilich bestrittenen) Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts im ordentlichen Rechtswege zu verfolgen (zu vgl. Entsch. in ArbVers. 1916 S. 34 und dagegen Hahn das. S. 98), weil er sich nicht, wie § 949 Abs. 2 RVO. voraussetzt, aus den §§ 943 bis 945 unmittelbar, sondern aus dem bürgerlichen Recht ergibt. Im übrigen aber steht der Gemeinde ein Anspruch auf Ersatz nach § 943 Abs. 2 und 3, § 945 Abs. 2 RVO. gegen die Krankenkasse zu, wie diese ja auch anerkannt hat. Ihre Meinung, daß sie hierzu eigentlich wegen Verjährung nach § 223 in Verbindung mit § 1551 RVO. nicht verpflichtet gewesen sei, ist irrig. Der § 1551 stellt die Leistungen aus §§ 942 bis 944 nur für das Verfahren den Leistungen der Krankenversicherung gleich. Der § 223 ist nicht anwendbar, weil die Gemeinde nicht Krankenhilfe, sondern Ersatz für verauslagte Krankenhilfekosten forderte. Ein solcher Anspruch verjährt in der regelmäßigen Frist von 30 Jahren (§ 195 BGB.).

Lohnklassenzugehörigkeit der freiwillig Weiterversicherten bei Änderung der Grundlöhne.

11. Nach Viersen. Antwort: Wenn gemäß Bundesratsverordnung vom 22. November 1917 die Höchstgrenze für die Grundlöhne erhöht und demgemäß neue Lohnklassen festgesetzt sind, so gehören die freiwillig Weiterversicherten nunmehr nicht derjenigen neuen Klasse an, die in der Satzung mit derselben Nummer bezeichnet ist, wie ihre alte Klasse; vielmehr sind sie ohne weiteres derjenigen zuzuteilen, deren Grundlohn demjenigen ihrer alten entspricht. Zu vgl. Grunow in ArbVers. 1918 Heft 10 S. 182, 183.

Beweis der Arbeitsunfähigkeit.

12. Nach W. Antwort: Das Krankengeld ist im Falle der „Arbeitsunfähigkeit" zu zahlen, und es ist richtig, daß diese nicht immer vorzuliegen braucht, wenn der Arzt dem aus der Behandlung Entlassenen noch „Schonung" empfohlen hat (zu vgl. ArbVers. 1909 S. 266, 1910 S. 706, 1918 S. 98). Es wäre dringend zu wünschen, daß die Ärzte sich in Fällen solcher Art klar darüber aussprechen, ob und für wie lange Zeit der Versicherte sich noch der Arbeit enthalten muß, um sich nicht der Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes auszusetzen, oder ob ihm nur Vorsicht und Pflege empfohlen wird. Wenn aber dem aus dem Krankenhause entlassenen Versicherten empfohlen wird, sich noch drei Wochen zu schonen, wird oft die Annahme recht naheliegen, daß damit nicht nur Vorsicht und Pflege, sondern auch Enthaltung von der Arbeit gemeint ist. Besteht darüber ein Zweifel, so kann die Kasse das Krankengeld für die Zeit der Schonung nicht einfach deshalb versagen, weil eine ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nicht beigebracht ist, sondern es ist Pflicht der Kasse, den Sachverhalt zu klären (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1d und 6g zu § 182 RVO.), zumal wenn der Versicherte eine ärztliche Bescheinigung deshalb nicht beibringen konnte, weil er in der Schonungszeit überhaupt nicht in Behandlung gestanden hat. Die Kasse wird also etwa

das Krankenhaus befragen müssen, ob der Versicherte bei der Entlassung arbeitsunfähig war, oder sie wird am Aufenthaltsorte des Versicherten Erkundigungen einziehen usw. Wird durch solche Erhebungen festgestellt, daß der Versicherte sich tatsächlich der Arbeit enthalten mußte, so ist Krankengeld zu zahlen, und zwar gegebenenfalls auch über die vom Arzt empfohlene Schonungszeit hinaus. — Insoweit liegt die Sache im zweiten Falle nicht anders als im ersten; es kommt nur noch hinzu, daß hier der Versicherte, entgegen den Weisungen der ersuchten Kasse und ohne Ermächtigung der zuständigen Kasse, den Kassenbezirk verlassen hat. Dadurch hat er nur den Anspruch auf Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Heilmittel), nicht auch auf Krankengeld verwirkt (zu vgl. Hahn, Anm. 10a und c zu § 182). Daß die Krankheit schon vor dem Eintritt in die Kasse bestanden hat, schließt bei einem Pflichtmitgliede den Anspruch auf die Kassenleistungen nicht aus.

Forderungen einer Betriebskrankenkasse im Konkurse des Arbeitgebers.

13. P. S. 100. Antwort: Die Betriebskrankenkasse ist eine Rechtspersönlichkeit für sich (§§ 4, 225 RVO.). Ihr Vermögen hätte daher von dem des Arbeitgebers getrennt gehalten werden müssen, und dieser hätte die der Kasse gehörende Kriegsanleihe nicht für eine eigene Schuld verpfänden dürfen. Tatsächlich scheinen aber beide Vermögensmassen mindestens zum Teil miteinander vermengt worden und hieraus die Schwierigkeiten entstanden zu sein. Irrtümlich ist die Ansicht des Konkursverwalters, daß aus der Konkursmasse des Arbeitgebers grundsätzlich der Kasse nur Beträge geschuldet werden, die zur Deckung von Verbindlichkeiten der Kasse erforderlich sind. Vielmehr kann diese Kasse, auch wenn ihre Aktiva die Passiva übersteigen, noch Forderungen an den Arbeitgeber haben. Es muß festgestellt werden, welche Vermögensstücke Eigentum der Kasse sind. Sie unterliegen der Aussonderung aus der Konkursmasse. Sodann sind die Forderungen der Kasse an den Konkursschuldner festzustellen. Zu diesen würden die Beiträge gehören, die der Arbeitgeber etwa nicht entrichtet, sondern hat anstehen lassen. Sie sind bevorrechtigt gemäß § 28 RVO. und § 61 Ziff. 1 Konk.-O. Was den Betriebsfonds und die Rücklage betrifft, so geht aus der Darstellung des Sachverhalts nicht deutlich hervor, wie sie gebildet worden sind. Es hat den Anschein, als ob sie bei den Abschlüssen nur rechnerisch gebildet wurden und der Arbeitgeber mit ihnen zugunsten der Kasse belastet wurde. Dann fehlt die Voraussetzung und die Möglichkeit einer Aussonderung aus der Masse. Der Arbeitgeber ist dann insoweit nur Schuldner der Betriebskrankenkasse geworden, die demgemäß eine Konkursforderung (aus ungerechtfertigter Bereicherung oder unerlaubter Handlung §§ 812, 823 ff. BGB.) hat. Solche Forderungen sind nicht bevorrechtigt. Daß der rechtswidrig in den Nutzen des Arbeitgebers verwendete Betrag aus Kassenbeiträgen erwachsen ist, macht nicht den Anspruch auf Herausgabe des rechtswidrig Verwendeten zu einem Beitragsrückstand im Sinne des § 28 Abs. 3 RVO.

Vertrauensarzt gegen behandelnden Arzt.

14. Nach Eu. Frage: Es kommt häufig vor, daß ein erkranktes Mitglied vom Vertrauensarzt unserer Kasse für arbeitsfähig erklärt wird, trotzdem der behandelnde Arzt eine gegenteilige Ansicht vertritt. Wir bitten um Auskunft, ob das Urteil des Vertrauensarztes für die Kasse maßgebend ist und wir die Krankengeldzahlung einstellen können.

Antwort: Derartige Fälle sind auch bei anderen Kassen nichts seltenes. Zu glauben ist dem Arzt, der mehr Vertrauen verdient, und welcher dies von beiden ist, entzieht sich selbstverständlich unserer Beurteilung. Im allgemeinen wird ja die Kasse zu Vertrauensärzten ältere, erfahrenere Ärzte nehmen und ihrem Urteil mehr Gewicht beilegen. Indessen kann das nicht schlechthin für alle Fälle den Ausschlag geben. Zu berücksichtigen ist auch, daß die Grenze zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit sich nicht immer mit unbedingter Sicherheit ziehen läßt, und die Beurteilung nicht selten von der persönlichen Anschauung des Gutachters bedingt sein wird. Die Kasse wird in solchen Zweifelsfällen gut tun, vom behandelnden Arzt sich dessen Ansicht näher begründen und vom Vertrauensarzt dessen Bedenken sich angeben zu lassen, damit sie auf Grund beider Gutachten selbst die Entscheidung treffen kann. Erscheint der Kasse der Fall auch dann noch zweifelhaft, so mag sie aus sozialen Gründen sich der Ansicht dessen anschließen, der Arbeitsunfähigkeit annimmt.

Ansprüche arbeitsfähiger Chronisch-Kranker.

15. Nach Konstanz. Antwort: Wenn das Mitglied bereits seit Jahren ununterbrochen in ärztlicher Behandlung steht, so liegt nur ein einheitlicher Krankheitsfall vor, und die Kasse hätte wegen dessen keine Verpflichtung mehr, mag auch keine Arbeitsunfähigkeit bestehen. Anders jedoch, wenn zeitweise keine Krankenpflege erforderlich ist, d. h. weder ärztliche Behandlung noch Anwendung von Heilmitteln. Dann beginnt jeweils ein neuer Krankheitsfall, sobald das Bedürfnis nach Krankenpflege von neuem eintritt, und die Kasse muß für jeden Krankheitsfall die satzungsmäßigen Leistungen gewähren. Da in dem geschilderten Fall das Mitglied stets arbeitsfähig bleibt, so kann die Kasse die Leistungen nicht gemäß § 188 RVO. kürzen.

Invalidenversicherung russisch-polnischer Landarbeiter.

16. Nach Stendal. Antwort: Der Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 2. Dezember 1916 ist sehr wohl von Bedeutung für die Invalidenversicherung der russisch-polnischen Landarbeiter. Denn seit der Errichtung des Königreichs Polen am 5. November 1916 sind sie keine feindlichen Staatsangehörigen mehr und daher nicht mehr unfreie Arbeiter. Sie unterliegen daher sehr wohl der Invalidenversicherung. Nur ausnahmsweise sind sie von der Invalidenversicherungspflicht befreit, und zwar auf Grund von § 1233 RVO. und Bekanntmachung vom 7. März 1901, also dann, wenn sie zu den sogenannten ausländischen Saisonarbeitern gehören, d. h. zu denjenigen polnischen Arbeitern russischer oder österreichischer Staatsangehörigkeit, denen der Aufenthalt im Inlande nur für eine bestimmte Zeit im Inland gestattet ist, und die nach deren Ablauf ins Ausland zurückkehren müssen, sofern sie in der Land- oder Forstwirtschaft beschäftigt werden. Ob diese Voraussetzungen aber erfüllt sind, muß von Fall zu Fall geprüft werden.

Anspruch eines Unfallrentners auf Krankengeld wegen eines neuen Unfalls.

17. Nach Bünde. Antwort: Der Bezug einer Unfallrente schließt den Anspruch auf Krankengeld nicht aus, wenn der Versicherte durch einen neuen

Unfall arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung geworden ist. Die alte Rente wird durch den Bezug des Krankengeldes nicht berührt; aus ihr kann auch die Krankenkasse keinen Ersatz für das Krankengeld, das aus Anlaß des neuen Unfalls zu zahlen ist, beanspruchen. Ist dieser neue Unfall wieder ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall und ist durch ihn die Erwerbsfähigkeit des Verletzten, wie sie bei diesem zweiten Unfalle bestand, vermindert worden, so hat der Verletzte Anspruch nicht auf eine Erhöhung der alten Rente, sondern auf Feststellung einer weiteren Teilrente, die auf einer ganz anderen Grundlage, nämlich nach dem Jahresarbeitsverdienst und der Erwerbsfähigkeit zur Zeit des neuen Unfalls, zu bemessen ist und zu der anderen hinzutritt (zu vgl. Handb. der UnfVers. I S. 265 Anm. 20 zu § 9 GUVG.). An sich würde nach § 1501 RVO. die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft wegen des neuen Unfalls nicht berührt werden. Wenn aber die Satzung Ihrer Kasse, entsprechend dem § 1511 RVO., bestimmt, daß für die Zeit, für die Unfallrente gewährt wird, Krankengeld nur soweit zu gewähren ist, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt, so kann der Versicherte das Recht der Kasse, auf Grund dieser Bestimmung das Krankengeld zu versagen oder zu kürzen, nicht dadurch vereiteln, daß er auf Rente wegen des neuen Unfalls verzichtet. Denn die Leistungen der Unfallversicherung sind von Amts wegen festzustellen (§ 1545 RVO.) und die Kasse hat ein selbständiges, vom Willen des Versicherten unabhängiges Recht, die Feststellung zu betreiben (§ 1509). Bei Anwendung des § 1511 kommt übrigens selbstverständlich nur die wegen des neuen Unfalls zu gewährende weitere Rente in Betracht.

Das Recht des Krankenhauses zur Sezierung der Leichen.

18. Nach C. Antwort: Der medizinische Leiter eines öffentlichen Krankenhauses ist keineswegs berechtigt, in jedem Falle die Leichname der in seiner Anstalt Verstorbenen zu öffnen. Hierzu bedarf es im allgemeinen der Zustimmung der Erben des Verstorbenen. Sie muß also besonders erteilt werden. Nicht aber muß umgekehrt der Wunsch von den Angehörigen ausdrücklich geäußert werden, wenn sie die Leichenöffnung nicht wollen. Die Aufnahmebestimmungen des Krankenhauses können freilich besagen, daß die Sezierung vorgenommen werden dürfe. Indessen wir würden eine solche weitgehende Vorschrift nur dann für verbindlich erachten, wenn sie der Kranke bei seiner Aufnahme im Krankenhaus ausdrücklich genehmigt. Im übrigen kann in gewissen Fällen zur Feststellung der Todesursache behördlich die Leichenöffnung angeordnet werden, zum Beispiel vom Gericht, wenn der Verdacht besteht, daß der Tod auf eine strafbare Handlung zurückzuführen sei. Das Nähere bestimmen die Reichs- und Landesgesetze.

Kosten für den ärztlichen Totenschein.

19. Nach Naumburg S. L. K. Antwort: Wenn der Arzt von der Krankenkasse eine Gebühr für die Ausstellung des Totenscheines fordert, so denkt er gewiß nicht daran, daß diese Leistung noch zur ärztlichen Behandlung gehöre, was ja offenbar widersinnig wäre; sondern er nimmt wohl an, daß diese Gebühr ein Teil der aus dem Sterbegelde der Kasse zu bestreitenden Kosten des Begräbnisses sei. Aber auch unter diesem Gesichtspunkte ist der Anspruch unbegründet. Die ärztliche Bescheinigung des Todesfalls und der Todesursache dient nicht der Beerdigung selbst, sondern polizeilichen Zwecken. Kann man gleichwohl die Kosten dieser Bescheinigung deshalb zu den Beerdigungskosten rechnen, weil sie ergibt, ob etwa Anlaß vorliegt, die Beerdigung polizeilich zu beanstanden (§ 157 StPrO.), so kann dennoch der Arzt die Gebühr nicht aus dem Sterbegelde gezahlt verlangen, weil einen solchen Anspruch gegen die Kasse nur der hat, „der das Begräbnis besorgt hat" (§ 203 RVO.), d. h. der die Gesamtheit der hierzu erforderlichen Handlungen und Aufwendungen auf sich genommen hat. Wer nur einen einzelnen dazu gehörigen Dienst geleistet hat, muß sich an seinen Auftraggeber halten.

Schiffseigentümer als Arbeitgeber des vom Schiffer beschäftigten Matrosen. — Krankenversicherung der Schiffsbesatzung.

20. Nach D.-R. Anfrage: a) Ein Schiffer bekommt von seinem Arbeitgeber einen festen Betrag, wovon er aber die Löhnung für den notwendigen Schiffsmatrosen mit bestreiten muß. Dies ist aber der eigene Sohn des Schiffers. Der letztere ist zur Kasse gemeldet, nicht aber der Sohn, obwohl wir diesen ebenfalls für versicherungspflichtig halten, weil doch unstreitig ein Arbeitsverhältnis vorliegt.

b) Mit Bezug auf § 1 Abs. 2 unserer Satzung fragen wir an, ob die Schiffer, die in einem festen Wochenlohn stehen und jährlich über 2500 *M* verdienen, aus der Versicherungspflicht ausscheiden. Sind hiermit nur die Schiffsführer oder auch die übrige Schiffsbesatzung (Matrosen, Heizer, Steuermann) die ebenfalls in hohem Wochenlohn stehen, gemeint?

Antwort: a) Auch der Sohn ist krankenversicherungspflichtig. Denn er hilft nicht nur gelegentlich seinem Vater aus Gefälligkeit auf Grund des zwischen ihnen bestehenden Verwandtschaftsverhältnisses, vielmehr wird mit seiner Arbeitskraft von vornherein gerechnet, und es ist auch anzunehmen, daß die Bezahlung seiner Tätigkeit in die dem Vater gewährte Vergütung einbegriffen ist. Arbeitgeber ist der Besitzer des Schiffes. Denn in seinem wirtschaftlichen Interesse ist auch der Sohn tätig.

b) Unter Schiffer ist nur der Führer des Schiffes zu verstehen (vgl. § 511 Handelsgesetzbuch, § 7 Binnenschiffahrtsgesetz). Beträgt sein Jahresarbeitsverdienst mehr als 2500 *M*, so ist er nicht versicherungspflichtig (§ 165 Abs. 2 RVO.). Dagegen ist für die Versicherungspflicht der übrigen Schiffsbesatzung die Verdiensthöhe ohne Bedeutung.

Zur Stellung der Kassenbeamten (Vorgesetzte, Behandlung, Beschäftigung, Urlaub.

21. Nach X. Antwort: Vorgesetzter eines Kassenbeamten (§ 359 Abs. 4 RVO.) ist nur der Vorstand der Kasse (und daneben noch nach Landesrecht der Bürgermeister oder Landrat; zu vgl. Hahn in ArbVers. 1916 S. 414 zu § 3 des Ges. v. 11. 5. 16). Aber der Vorstand oder sein damit betrauter Vorsitzender kann im Wege der Regelung des inneren Dienstes selbstverständlich einzelne Angestellte mit der unmittelbaren Leitung und Beaufsichtigung der in einem bestimmten Geschäftskreise Beschäftigten beauftragen; dann werden diese Angestellten zwar nicht „Vorgesetzte" der anderen, aber ihren Weisungen ist als Weisungen des Vorstandes Folge zu leisten, und an diesen muß sich der einzelne Angestellte wenden, wenn der Beauftragte Unbilliges fordert oder sich eines verletzenden Betragens schuldig macht. Wir verweisen auf unsere Auskunft

in Heft 1 S. 20 Ziff. 11c und lehnen auch im vorliegenden Falle ein bestimmtes Urteil ab, weil eben alles auf die näheren Umstände ankommt. Im allgemeinen ist zu sagen, daß manche Vorgesetzte, ohne Übelwollen, in einem rauhen oder polternden Ton sich äußern und daß manche Untergebenen, ohne es zu wissen, an Überempfindlichkeit leiden. Wenn Sie meinen, daß Beschwerden über den Geschäftsführer beim Vorstande zwecklos sein würden, so mögen Sie sich an das Versicherungsamt wenden; anders ist Ihnen nicht zu helfen. Daß außer dem Geschäftsführer „noch andere Sachverständige" zu den Vorstandssitzungen zugezogen werden, können die Angestellten nicht erzwingen. Daß Sie „Anspruch" auf eine Ihren „Leistungen" entsprechende Tätigkeit haben, ist auch nicht richtig. Das eigene Urteil des Angestellten darüber, wozu ihn seine Leistungen befähigen, kann unmöglich einen Anspruch auf Beschäftigung mit einer bestimmten Art von Arbeiten begründen. Einen Grund zur Beschwerde (beim Versicherungsamt) wird man einem Angestellten nur zugestehen können, wenn die ihm zugewiesenen Geschäfte so untergeordneter Art sind, daß sie in offenbarem Mißverhältnis zu seiner Vorbildung und Stellung stehen, und wenn die Kasse über hinreichende andere Hilfskräfte zur Besorgung dieser Arbeiten verfügt. Einen Anspruch auf Urlaub hat der einzelne Beamte nur „soweit die Dienstverhältnisse es gestatten und eine kostenfreie Vertretung möglich ist" (§ 12 des Regulativs). Meint ein Beamter, auch bei Berücksichtigung dieser Einschränkung, in seinem Anspruch verkürzt zu sein, so würde er sich an das Versicherungsamt zu wenden haben mit dem Antrage, den Vorstand nach § 31 RVO. zur Beachtung der Bestimmungen des Regulativs anzuhalten.

Der Anspruch einer Kasse auf anteilige Erstattung des Wochengeldes nach § 197 RVO. wird nicht berührt durch einen Anspruch gegen den Schwängerer aus § 1542.

22. **Nach Königsberg (Neumark).** Antwort: Zunächst ist es schon recht zweifelhaft, ob der Anspruch der unehelichen Mutter gegen den Schwängerer nach dem neuen Recht (§ 1542 RVO.) überhaupt auf die Krankenkasse übergeht (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 142 Ziff. 1). Aber auch wenn dies zu bejahen wäre, so würde der Anspruch der Kasse gegen andere Kassen auf anteilige Erstattung auf Grund des § 197 RVO. nach der Fassung und dem Zwecke dieser Vorschrift selbständig neben jenem anderen Anspruch bestehen bleiben. Der bloße Übergang eines Anspruchs, aus dem die Kasse möglicherweise einen Ersatz ihrer Aufwendungen erlangen kann, kann ihr Recht auf anteilige Erstattung noch nicht aufheben oder mindern. Erst wenn und soweit die Kasse von dem Schwängerer tatsächlich Befriedigung erlangen sollte, würde sich auch ihr Ausgleichsanspruch gegen die anderen Kassen entsprechend mindern und, wenn sie von diesen bereits Erstattung erlangt hätte, eine Pflicht zur Rückerstattung begründet sein.

Keine Erstattungspflicht landesrechtlicher Dienstbotenkrankenkassen aus § 197 RVO.

23. **Nach Dessau.** Antwort: Den Ausführungen der Behörde für das Versicherungswesen in Hamburg ist beizupflichten. Wenn § 197 RVO. die Versicherung bei „mehreren Krankenkassen" voraussetzt, so können naturgemäß darunter nur solche verstanden werden, die den Vorschriften der RVO. unterliegen (§ 225 RVO.). Die Hamburger Dienstbotenkrankenkasse ist aber auf Grund Landesrechtes errichtet. Sie hat also keine Erstattungspflicht aus § 197 RVO. Vgl. übrigens auch die Auskunft in ArbVers. 1915 S. 840 Ziff. 13, die freilich § 214 RVO. betrifft.

Arzthilfe für Angehörige des Versicherten als Privatkranke.

24. **Nach T.** Antwort: Daraus, daß der Haushaltungsvorstand Mitglied der Kasse ist und der Arzt davon Kenntnis hat, folgt selbstverständlich noch nicht, daß der Arzt auch davon Kenntnis haben muß, ob und welche Angehörige des Mitgliedes Anspruch auf Familienhilfe haben. Offenbar aus diesem Grunde bestimmt Ihre Krankenordnung ausdrücklich, daß bei Erkrankung solcher Angehörigen das Mitglied die Ausstellung eines Behandlungsscheines bei der Krankenmeldestelle zu veranlassen hat. „Bei" Erkrankung bedeutet, daß dies sofort zu geschehen hat, wenn die Familienhilfe in Anspruch genommen wird. Es soll eben dem Kassenarzt die Gewißheit gegeben werden, daß er die Behandlung für Rechnung der Kasse zu leisten hat. Solange ihm diese Gewißheit nicht durch Vorlegung des Scheines oder sonst in zweifelsfreier Weise gegeben wird, darf er annehmen, daß er den Angehörigen des Mitgliedes als Privatkranken behandeln soll, und darf danach die Vergütung für seine Dienste bemessen.

Die Kassensatzung kann keine anderen als die gesetzlichen Gründe für das Erlöschen der freiwilligen Versicherung vorsehen.

25. **Nach D.** Frage: Eine Krankenkasse will in ihre Satzung folgende Bestimmung aufnehmen: „Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter erlischt ferner, wenn der Vorstand der Kasse einwandfrei feststellt, daß ein freiwilliges Mitglied seine Zugehörigkeit zur Kasse dauernd mißbraucht und Krankheit vortäuscht, nur, um in den Besitz von Krankengeld zu gelangen. In diesem Falle erlischt die Mitgliedschaft nach Zustellung des Bescheides." Ist dies zulässig? Die Kasse meint, sich auf Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 14 und Stier-Somlo berufen zu können.

Antwort: Diese Berufung ist ganz verfehlt. Hahn hat nur für ganz bestimmte Fälle aus dem Zusammenhange bestimmter gesetzlicher Vorschriften ein Erlöschen der freiwilligen Versicherung kraft Gesetzes aus anderen Gründen als den im § 314 RVO. bezeichneten hergeleitet. (Näheres: ArbVers. 1917 S. 577, 709.) Aber niemand hat bisher behauptet, daß durch die Satzung weitere Gründe für das Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft eingeführt werden können, und Hahn insbesondere hat das Gegenteil geradezu als eine Selbstverständlichkeit bezeichnet (a. a. O. S. 709). Die in Aussicht genommene Satzungsbestimmung, die auf nichts anderes hinausläuft als auf einen Ausschluß aus der Kasse zur Strafe für Übelverhalten, ist ganz unvereinbar mit den §§ 176, 310, 314 RVO.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1208 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 11. Mai 1918 | Heft 14

Zur Frage der Erhöhung der ärztlichen Gebühren.

Von Dr. Hartmann in Leipzig-Connewitz.*)

Während sich die Teuerung auf allen Gebieten des Wirtschaftslebens bereits im ersten Kriegsjahre bemerkbar machte und man allenthalben schon im Jahre 1915 wegen der erheblichen Preissteigerung aller Gebrauchsgegenstände und Lebensmittel dazu schritt, Löhne und Gehälter zu erhöhen und Kriegszulagen zu bewilligen, haben sich die Ärzte erst ziemlich spät geregt. Erst auf der Kriegshauptversammlung des Leipziger Verbandes, der wirtschaftlichen Vertretung der deutschen Ärzteschaft, Ende September 1917, stand die Frage, ob auch für die Ärzte eine Honoraraufbesserung notwendig ist, zur Erörterung. Es wurde beschlossen:

> Mit Rücksicht auf das andauernde und beträchtliche Sinken des Geldwertes und die infolge dessen von allen Bevölkerungskreisen für notwendig erachtete allgemeine Erhöhung des Einkommens, hält die 15. Hauptversammlung des Verbandes auch die Forderung einer angemessenen Aufbesserung der Vergütung der Ärzte auf allen Gebieten ihrer Tätigkeit für berechtigt und dringend. Bei der Unmöglichkeit, die weitere Entwicklung des Geldwertes in der nächsten Zeit zu übersehen, erachtet es die Versammlung insbesondere für ihre Pflicht, vor dem Abschluß von Verträgen zu warnen, in denen die Bezüge für längere Zeit festgelegt sind."

Wenn dem Arbeiter, dem Angestellten und sonst jedermann, der durch seine Berufsarbeit den Lebensunterhalt zu erwerben und für Invalidität, Alter und für seine Hinterbliebenen selbst zu sorgen verpflichtet ist, eine Erhöhung seiner Bezüge recht ist, dann kann sie dem Arzte nicht als unbillig verübelt werden. Alles, was der Arzt für die Ausübung seiner Berufstätigkeit braucht, ist im Preise gestiegen, er muß seinem Hilfspersonal, dem Dienstmädchen, das Sprech- und Warteräume säubert und im Stande hält, die Patienten empfängt und die Bestellungen auf Hausbesuche entgegennimmt, dem Kutscher, dem Chauffeur höhere Löhne zahlen; Pferde und Pferdefutter sind enorm teuer geworden, Brennstoff und Gummi und Ersatzteile für das Auto kaum noch zu bezahlen; die Taxen für Droschkenfahrten sind allerwärts um das Drei- bis Vierfache erhöht worden, Verbandstoffe, Instrumente, insbesondere Gummisachen sind nur noch für Phantasiepreise zu bekommen. So kostet,

*) Anmerkung der Schriftleitung: Der Wunsch der Ärzte, eine der Steigerung der Kosten des Lebensbedarfs und der Entwertung des Geldes entsprechende Erhöhung der gesetzlichen und auch der mit Versicherungsträgern vereinbarten Vergütungen zu erlangen, kann an sich gewiß nicht unbillig erscheinen. Aus vielen Zuschriften haben wir aber ersehen, daß über das Maß der Erhöhung und über den Weg zu ihrer Erlangung auch unter den Ärzten selbst keineswegs Klarheit und Einmütigkeit herrscht und daß manche von ihnen schon für Recht halten, was ihren Wünschen entspricht. Wir haben daher geglaubt, der Verständigung zu dienen, wenn wir einen besonders berufenen Führer der Ärzteschaft um eine klare Darlegung und Begründung der eigentlichen Ziele der ärztlichen Bestrebungen ersuchten. Vielleicht wird hiermit eine ruhige, sachliche Aussprache auch von anderer Seite eingeleitet.

um nur ein Beispiel zu nennen, eine gute Röntgenröhre, für die man vor dem Kriege 120 *M* bezahlte, jetzt 350 *M*. Und die Erhöhung der Steuern hat der Arzt ebenso zu tragen wie jeder andere Staatsbürger.

Zwei Momente kommen für die Ärzte in Betracht, eine zeitgemäße Abänderung der staatlichen Gebührenordnungen und die Erhöhung der Honorare in der Privatpraxis und bei den Versicherungsträgern.

Die Frage der Abänderung der Gebührenordnung hat schon lange in den ärztlichen Zeitschriften und in den Verhandlungen der ärztlichen Vereine einen breiten Raum eingenommen. Es besteht auf diesem Gebiete eine allgemeine Unzufriedenheit, und zwar nicht erst seit dem Kriege. In der Tat sind die Gebührenordnungen durchweg von ehrwürdigem Alter, z. B. besteht die preußische seit dem Jahre 1896, die sächsische sogar schon seit 1889. Die von den Ärzten immer wieder verlangte Revision ist nicht beliebt, dagegen die Gebührenordnung der Rechtsanwälte seit dieser Zeit schon dreimal aufgebessert worden. Auch mit der Taxfrage hat sich die Hauptversammlung des Leipziger Verbandes befaßt und beschlossen:

„In Anbetracht der vom deutschen Ärztetag in Aussicht genommenen Schaffung einer ärztlichen Reichsgebührenordnung mit besonderer Berücksichtigung der kassenärztlichen Tätigkeit erachtet die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes die Bestrebungen zur Abänderung der jetzt gültigen bundesstaatlichen Gebührenordnungen nicht für zweckmäßig, sondern empfiehlt deren Zurückstellung, bis der Ärztetag nach Wiederaufnahme seiner Arbeit über die Durchführung seiner Absicht im einzelnen Beschluß gefaßt haben wird."

Die jetzt geltenden Gebührenordnungen entsprechen in der Bewertung der einzelnen ärztlichen Leistungen nach übereinstimmender Ansicht aller Ärzte schon längst nicht mehr den Zeitverhältnissen. Dann sind sie aber durchweg unvollständig, es fehlen in ihnen Ansätze für zahlreiche Operationen und Eingriffe, welche sich in der modernen Therapie Bürgerrecht verschafft haben. Zudem sind gewichtige Stimmen laut geworden, daß vor allen Dingen die Grundleistungen des Arztes, Sprechstundenberatung und Hausbesuch eine wesentlich andere Bewertung erfahren müssen, daß der Satz von 1 *M* für eine solche ärztliche Leistung aus der Gebührenordnung zu verschwinden hat. Kein Dienstmann macht heute noch einen Gang um einen solchen Lohn. Aus dieser Erwägung heraus streben die Ärzte als vorläufige, aber dringliche Kriegsmaßnahme nur einen prozentualen Zuschlag zu den jetzt noch gültigen Taxen an und verschieben eine gründliche Reform auf die Zeit nach dem Kriege, bis wieder stetige Verhältnisse eingetreten sind. Aber leider verhalten sich die Regierungen, denen das Recht zusteht, die Gebührenordnungen zu erlassen, den Wünschen der ärztlichen Standesvertretungen gegenüber selbst in dieser Zeit der Teuerung ablehnend. In Preußen hat der Herr Minister des Innern seine Zustimmung zu der vom Ausschuß der preußischen Ärztekammern erbetenen Erhöhung von dem Nachweise eines ärztlichen Notstandes abhängig gemacht. Das wird von den Ärzten geradezu als eine Zumutung empfunden. Für die Landtagsabgeordneten hat, Zeitungsberichten zufolge, die preußische Regierung eine Erhöhung der Tagegelder von 15 auf 25 *M* in Aussicht genommen, den Reichstagsabgeordneten soll der Betrag der Aufwendungsgelder von 3000 auf 5000 *M* gesteigert werden. Die Ärzte fragen sich da wohl nicht ohne Grund, warum man hier nicht auch die Vorfrage der Bedürftigkeit oder der Notlage gestellt hat. Jeder verständige Mensch wird eine solche Erhöhung ohne weiteres für durchaus zeitgemäß und an sich berechtigt halten. Kürzlich hat der Herr Minister eine allgemeine Erhöhung der Kurkostensätze in den Universitätskliniken angeordnet, der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen hat sich dagegen in einer Eingabe gewandt, der Herr Minister lehnt es aber in seiner Antwort ab, den Anregun-

gen des Hauptverbandes zu folgen, mit der Begründung, die Steigerung aller Ausgaben habe die Erhöhung der Kurkostensätze notwendig gemacht. Es gibt — dafür sprechen die ärztlichen Unterstützungskassen eine sehr deutliche Sprache — Not gerade genug im Ärztestande, jedoch dürfte, allgemein gesprochen, auch hierin vorbeugen besser als heilen sein.

Selbstverständlich gibt es auch Ärzte, die im Kriege wesentliche höhere Bezüge haben, hier und da haben sogar einzelne Ärzte sehr beträchtliche Einnahmen auch aus ihrer Tätigkeit für Krankenkassen erzielt. Gar mancher Arzt bekleidet ein militärisches Amt, das er neben seiner Zivilpraxis verwaltet, andere müssen Nachbarkollegen vertreten und deren Klientel mit versorgen. Aber einerseits tun sie das durchweg auf Kosten ihrer Gesundheit, an der sie Raubbau treiben — die erhöhte Sterblichkeitsziffer der im Heimatgebiet verbliebenen Ärzte beweist es mit großer Deutlichkeit — andererseits ist es den Heimatärzten zur Standespflicht geworden und wird auch von ihnen als solche empfunden, einen nicht unbeträchtlichen Teil ihres Berufseinkommens an ihre Organisation abzugeben zur Bildung von Hilfsfonds für ihre im Felde stehenden und die fern von ihrem Friedenswirkungskreise im Heeresdienst beschäftigten Kollegen. Denn wenn auch manche Ärzte als Oberstabsärzte gute Gehälter beziehen, so befindet sich doch die Mehrzahl in Stabsarzt- und Oberarztstellung mit Dienstbezügen, die zur Erhaltung ihrer Familien beim weiten nicht ausreichen, insbesondere nicht in der Zeit der jetzigen Teuerung. Für die Beamten und Angestellten ist gesorgt, weil ihnen ein Teil ihres Friedensgehalts von den Staats- und Gemeindebehörden oder ihren Betrieben gesichert ist. Die Ärzte als freier Beruf müssen selbst für ihre Standesgenossen sorgen. So kommt den im Heimatgebiet verbliebenen Ärzten nur ein Bruchteil ihres Mehrverdienstes bei beträchtlich erhöhter Berufstätigkeit zugute.

Obwohl nun die Krankenkassen von dem Bescheide des preußischen Ministers nicht gerade entzückt sind, haben sich die fünf großen Kassenhauptverbände den Gedankengang des Herrn Ministers in der Taxfrage zu eigen gemacht und in einer öffentlichen Kundgebung sowohl wie in Rundschreiben die ihnen angeschlossenen Kassen gewarnt, dem Verlangen der Ärzte nach einer Honorarerhöhung Folge zu geben. Sie weisen auf die großen Bezüge hin, die einzelne Kassenärzte aus ihrer Tätigkeit für Krankenkassen haben, und fordern die Kassen auf, nur denjenigen Kassenärzten Zulagen zu gewähren, die nur geringe Einnahmen haben. Selbstverständlich lehnen die Ärzte das Verlangen, den Kassenvorständen ihre privaten Verhältnisse zu enthüllen, als eine Zumutung und als indiskutabel ab. Außerdem aber handelt es sich bei den großen Einkommen nur um sehr vereinzelte Fälle in dicht bevölkerten Industriebezirken, die infolge der kriegsindustriellen Hochkonjunktur einen sehr beträchtlichen Zuwachs an Arbeitern erfahren haben. Vor allen Dingen aber darf nicht außer acht gelassen werden, daß die ärztlichen Honorare, wenn sie vor dem Kriege und dem Einsetzen der Teuerung als angemessen betrachtet werden konnten, — was, nebenbei, durchaus nicht allenthalben zutrifft — das jetzt eben nicht mehr sind. Wir sehen dabei vollständig davon ab, daß der ärztliche Beruf ein freier, daß also die Entfaltung der wirtschaftlichen Kräfte des Arztes unbeschränkt ist, wie ja auch schließlich der Fabrikant und der Händler nicht danach fragt, ob er bei den früheren Preisen seiner Waren vielleicht noch bestehen könnte, er erhöht seine Preise, weil eben alles teurer geworden ist und er vernünftigerweise allein nicht still stehen kann.

Trotz der Warnung der Kassenverbände haben eine Anzahl von Krankenkassen schon vor längerer Zeit von sich aus, ohne erst den Antrag der Kassenärzte abzuwarten, die Kilometergelder ihrer Kassenärzte erhöht, z. B. in Schlesien, in einzelnen Bezirken der Provinz Sachsen und der Mark Brandenburg, andere Kassen haben prozentuale Zu-

schläge zum Kassenarzthonorar bewilligt, die sich in Grenzen von 20, 25 bis zu 50 v. H. bewegen. Die Mehrzahl der Kassen verhalten sich ablehnend. Andererseits haben manche Kassenärzte es für erlaubt gehalten, ohne Rücksicht auf bestehende Verträge Zuschläge zu fordern und bei Nichtgewährung ihre Tätigkeit bei den Kassen einzustellen. Selbstredend kann ein solches Verfahren nicht gutgeheißen werden und wird auch von den ärztlichen Organisationen aufs schärfste verurteilt. Immerhin handelt es sich nur um vereinzelte Vorkommnisse. In der Mehrzahl der Fälle verlangen die Kassenärzte und die kassenärztlichen Organisationen von den Kassen, daß sie miteinander über die Honorarfrage verhandeln, vielfach haben solche Verhandlungen auch zu einem Ergebnis geführt. Wo sie aber ergebnislos verlaufen, wird vielleicht der Richter entscheiden müssen, ob den Kassenärzten unter der Kriegsteuerung die Aufrechterhaltung der Verträge unter den Friedenshonoraren noch weiter zugemutet werden kann. Da man bei Einführung der neuen Krankenversicherung im Jahre 1914 sehr vielfach fünfjährige Verträge geschlossen hat, laufen ohnehin Ende dieses Jahres tausende von Kassenarztverträgen von selbst ab, und falls eine Einigung über die Honorarfrage für die neu zu schließenden Verträge nicht erzielt werden sollte, wird die Streitfrage durch die Instanzen des Berliner Abkommens zwischen Kassenverbänden und Ärzteverbänden vom 22./23. Dezember 1913, insbesondere durch die Schiedsämter zu entscheiden sein.

Für die Tarifverträge, welche der Leipziger Verband für die ganze deutsche Ärzteschaft mit dem Reichspostamt, dem Verbande kaufmännischer Ersatzkassen und dem Verbande deutscher Lebensversicherungen abgeschlossen hat, ist ein beide Parteien befriedigendes Übereinkommen erzielt worden. Zwischen den Berufsgenossenschaften und den ärztlichen Organisationen bestehen überhaupt keinerlei Vereinbarungen über die Honorare, ebenso nicht mit der Reichsversicherungsanstalt. Die Frage wird dort von Fall zu Fall zu erledigen sein. Selbstverständlich haben auch da die Ärzte vielfach höhere Bezahlung gefordert. Ebenso verhält es sich mit den Landesversicherungsanstalten, die fast allenthalben ihre Beziehungen zu den Ärzten durch die staatlichen ärztlichen Standesvertretungen, die Ärztekammern, geregelt haben. Auch dort fordern die Ärzte eine Aufbesserung. Über die Verhältnisse ist aber bisher nichts bekannt geworden, mit einer Ausnahme; die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt hat aus freien Stücken eine Erhöhung von 50 v. H. auf alle mit der Ärzteschaft des Bezirks vereinbarten Honorarsätze für die Ausstellung von Gutachten und für die Behandlung Geschlechtskranker als Teuerungszuschlag beschlossen und zwar vom 1. März d. Js. ab.

Zur Ausführung der Verordnung über Zulagen zu Unfallrenten.

(Nachtrag zu Heft 12 Seite 221.)

Von Versicherungsamtmann Dr. Jaeger in München.

In Heft 11 der „Arbeiter-Versorgung" bespricht Dr. Arthur Fischer die Bundesratsbekanntmachung vom 17. Januar 1918. Er vertritt hierbei (S. 205) die Anschauung, daß die Zulage nur solchen Verletzten zu gewähren sei, die schon zur Zeit des Inkrafttretens der Verordnung mindestens 66⅔ v. H. Rente beziehen. Die Rentenzulage komme nicht in Frage sowohl bei Renten, die erst nach dem 1. Februar 1918 festgesetzt worden sind, als auch bei solchen Renten, die zwar schon vor diesem Zeitpunkt festgesetzt wurden, aber erst nachher, sei es durch Erhöhung wegen nachträglicher Verschlimmerung der Unfallfolgen, sei es wegen Hinzukommens einer neuen Rente

zu der bereits bezogenen 66⅔ v. H. übersteigen.

Dieser Anschauung kann m. E. nicht beigepflichtet werden. Fischer geht anscheinend davon aus, daß die Rentenzulage lediglich einen Ausgleich für den im Laufe des Krieges immer mehr gesunkenen Geldwert darstelle und daß diese Minderung bei den nach dem 1. Februar 1918 festgesetzten Renten nicht mehr in Betracht komme, da ihnen ohnehin „schon der hohe Kriegsverdienst zugrunde liege“. Im Gesetz vermag ich einen Anhaltspunkt hierfür nicht zu finden. § 1 der Verordnung vom 17. Januar 1918 sagt allerdings, daß Verletzten, die eine Rente von ⅔ oder mehr der Vollrente „beziehen“, die Zulage zu gewähren ist; hieraus aber zu entnehmen, daß der Bezug einer Rente in dieser Höhe eben schon im Augenblick des Inkrafttretens der Verordnung gegeben gewesen sein muß, besteht kein Anlaß. Dieser Annahme widerspricht auch § 4 der Verordnung, wonach ein Antrag, der endgültig abgelehnt wurde, weil die Voraussetzungen des § 1 nicht vorlagen, wiederholt werden kann, wenn glaubhaft bescheinigt wird, daß inzwischen Umstände eingetreten sind, welche die Gewährung der Zulage rechtfertigen. Zu den „Voraussetzungen des § 1“ gehört aber nicht nur der Aufenthalt im Inland und das Vorliegen von Tatsachen, welche die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird, sondern auch der Bezug einer Rente von ⅔ und mehr der Vollrente. Der spätere Bezug einer solchen Rente bildet also gegebenenfalls auch einen der „Umstände, welche die (spätere) Gewährung der Zulage rechtfertigen“, wenn sie erst nach der Ablehnung eingetreten sind. Was aber demjenigen Rentenempfänger recht ist, der trotz des Bezugs einer Rente von weniger als 66⅔ v. H. seinen Antrag auf Zulage durch alle Instanzen durchfocht, und daher eine endgültige Ablehnung erhält, muß dem Verletzten billig sein, der, ohne ein Streitverfahren anhängig zu machen, sich mit der ihm gewordenen Aufklärung begnügt, daß er solange nicht Aussicht auf die Zulage besitze, als er nicht ⅔ und mehr der Vollrente beziehe. Eine andere Meinung vertreten, hieße „dem Texte Gewalt antun“, was Fischer selbst (vgl. S. 202) auf das entschiedendste ablehnt.

Auch die Anschauung, daß den nach dem 1. Februar 1918 festgesetzten Renten die hohen Kriegslöhne zugrunde gelegt seien und daß schon deshalb die Rentenzulage nicht mehr benötigt werde, also der Gesetzgeber ihre Gewährung nicht mehr ins Auge gefaßt habe, ist unhaltbar. Sie bringt zunächst ein Zufallsmoment in die ganze Frage der Zulagengewährung, das unmöglich vom Gesetzgeber gewollt gewesen sein kann. Der Verletzte, dessen Rente rasch festgesetzt wurde, kann Anspruch auf die Zulage erheben, auch wenn ihm der Unfall erst im Jahre 1917, also in einer Zeit, in der doch auch schon recht „hohe Kriegslöhne“ gezahlt wurden, zustieß. Wer aber die Anerkennung eines vielleicht noch in Friedenszeiten erlittenen Unfalls erst nach jahrelanger, mit umständlichen Ermittlungen verknüpfter Inanspruchnahme sämtlicher Instanzen erreicht, so daß seine Rente erst nach Inkrafttreten der Verordnung festgesetzt werden kann, wer also erst nach diesem Zeitpunkt eine Rente von 66⅔ und mehr der Vollrente „bezieht“, müßte in Konsequenz des Fischerschen Standpunktes wohl von dem Anspruch auf Rentenzulage ausgeschlossen bleiben, obwohl seiner Rente ein Arbeitsverdienst zugrunde gelegt ist, der den heutigen hohen Kriegslöhnen nicht mehr entspricht.

Fischer übersieht aber auch vollständig, daß die Rentenzulage keineswegs nur für die gewerblichen Arbeiter gedacht ist, bei denen event. die hohen Kriegslöhne in Betracht kommen. Sie steht ebenso den land- und forstwirtschaftlichen Arbeitern zu. Für sie kommt aber ein von den hohen Kriegslöhnen recht weit verschiedener durchschnittlicher Jahresarbeitsverdienst in Frage (§ 936 RVO.), der zwar in Form von Zwischenfestsetzungen den gegenwärtig gezahlten Löhnen angepaßt werden kann, der aber zumeist wohl im ganzen Reiche noch auf Fest-

setzungen des Jahres 1913 beruht. Dasselbe gilt für die Fälle, in denen nach §§ 570, 934, 935 RVO. der Jahresarbeitsverdienst nach dem Ortslohn zu berechnen ist. Hier bei Festsetzungen nach dem 1. Februar 1918 den Anspruch auf Rentenzulage überhaupt abzusprechen, hieße meines Erachtens den Absichten des Gesetzgebers unmittelbar zuwider handeln.

Soweit man also bei der vorliegenden Frage überhaupt von einer Zweifelsfrage bei Ausführung der Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 sprechen kann, ist ein etwa auftauchender Zweifel meines Erachtens dahin zu lösen, daß bis zum 31. Dezember 1918 jedem Empfänger einer Rente von ⅔ und mehr der Vollrente bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen die Zulage zu gewähren ist, auch wenn die Rente erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 17. Januar 1918 festgesetzt wurde oder den Betrag von ⅔ d. H. überschreitet. Der Einfluß der hohen Kriegslöhne wird sich lediglich insofern äußern und wird lediglich insoweit in Betracht zu ziehen sein, als bei Prüfung der Bedürftigkeitsfrage der Bezug einer erst später festgesetzten Rente, wegen der ihrer Berechnung zugrunde liegenden hohen Kriegslöhne eher zu einer Verneinung der Frage, ob Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, daß eine Zulage nicht benötigt wird, führen wird, als der Bezug einer Rente, deren Höhe noch von Friedenslöhnen beeinflußt ist.

Darin ist jedoch Fischer beizustimmen, daß auch bei einer erst nach dem 1. Februar 1918 festgesetzten oder erreichten Rente von ⅔ und mehr der Vollrente die Zulage nicht bereits von Amts wegen, sondern erst auf gesonderten Antrag hin zu gewähren ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur versicherungsrechtlichen Stellung der Poliere in Baugeschäften.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 15. September 1917 (P. 302/16).

N. war bis zum 9. Oktober 1915 in dem Baugeschäft des Beschwerdeführers mit Bauarbeiten als Polier und außerdem mit Bureauarbeiten gegen 6 ℳ Tagelohn beschäftigt. Als Polier war er sowohl auf größeren als auch auf kleineren Bauten tätig. Er unterstand hierbei dem Arbeitgeber und hatte dessen Anordnungen Folge zu leisten. Ihm selbst waren je nach Größe des Baues eine Anzahl Arbeiter unterstellt, über die er die Aufsicht führte. Auf den Baustellen hatte er auf Ordnung zu halten, den Arbeitern die Arbeit zuzuweisen und ihre Tätigkeit zu kontrollieren. Er hatte selbständig darüber zu befinden, ob die Arbeit den gestellten Anforderungen genügte. Schlechte Arbeit hatte er zu rügen und Unregelmäßigkeiten dem Arbeitgeber zu melden. Er gab das Zeichen zum Beginn und zur Beendigung der Arbeiten, sorgte für die Einhaltung der Arbeitsordnung und achtete darauf, daß die Arbeiter ihre Pflichten gegenüber dem Baugeschäft erfüllten und mit den Baustoffen sparsam und vorsichtig umgingen. Ihm unterstand auch der Gerüstbau. Die geleistete Arbeitszeit und das gelieferte Material vermerkte er, Bauzeichnungen verstand er zu lesen und sie entsprechend den Anweisungen des Arbeitgebers auszuführen. Eine Verantwortung dafür, daß der Bau der Zeichnung entsprach, hatte er nicht. Arbeiter durfte er selbständig annehmen und entlassen. Soweit die Beaufsichtigung der Arbeiter und die Aufrechterhaltung der Ordnung auf den Bauten seine Arbeitszeit nicht beanspruchte, arbeitete er körperlich mit. Der zeitliche Umfang der körperlichen Arbeit hing von der Größe der Bauten und Zahl der ihm unterstellten Arbeiter ab. Bei Arbeitsmangel war er mitunter auch wie ein gewöhnlicher Arbeiter mit der Ausführung von Erd- und Maurerarbeiten beschäftigt. Was seine Bureauarbeiten anbelangt, so hatte er Mieten zu kassieren und Wohnungen zu vermieten. Unter Leitung seines Arbeitgebers fertigte er teilweise die Umlagen-Nachweisung für die Baugewerks-Berufsgenossenschaft an. Ferner stellte er Rechnungen von ausgeführten Arbeiten auf, zum Teil auch Bauzeichnungen und Voranschläge für Bauten. Es handelte sich dabei um Neubauten von Stallungen, Scheuern, Arbeiterwohnungen, Reparaturen von Gebäuden und dergleichen. Auf die schriftlichen Arbeiten entfiel an ⅕ seiner Arbeitszeit.

Hieraus ergibt sich, daß N. nicht nur die Arbeiten eines Poliers und Vorarbeiters, sondern auch die

eines Bureauangestellten verrichtet hat, wobei noch besonders ins Gewicht fällt, daß diese Bureauarbeiten keine mechanischen Abschreibearbeiten waren. Wenn diese Bureauarbeiten vielleicht auch nicht besonders umfangreich und schwierig waren, so waren sie doch Arbeiten, die, wie das Schiedsgericht zutreffend hervorhebt, eher den Aufgaben eines Technikers, als den Aufgaben eines Poliers in Vorarbeiterstellung zuzurechnen waren. Durch die Übertragung dieser Arbeiten war die Stellung des N. über die eines gewöhnlichen Poliers hinausgehoben, so daß er in Verbindung mit den bei der Bautätigkeit ausgeübten Aufsichts- und Anordnungsbefugnissen nicht mehr dem Kreis der handarbeitenden Bevölkerung zugerechnet werden konnte. Hieran wird auch nichts geändert, wenn, wie der Arbeitgeber behauptet hat, seine körperliche Mitarbeit die übrige Tätigkeit ihrem zeitlichen Umfang nach überwogen haben sollte. Im Gegensatz zu den in den grundsätzlichen Entscheidungen des Oberschiedsgerichts Nr. 127 und 209 „Angestelltenversicherung" 1916 S. 185 und 1917 S. 98) behandelten Fällen gibt hier die Aufsichtstätigkeit und die Bureautätigkeit der Stellung des N. das Gepräge. Der Rentenausschuß hat ihn daher zutreffend als Angestellten in werkmeisterähnlicher Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des AngestVersGes. angesehen und mit Recht seine Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetz bejaht. Demgemäß muß es bei der Vorentscheidung bewenden.

Anmerkung: Es ist zu beachten, daß die Entscheidung auf der Würdigung der besonderen Umstände des Falles beruht. In anderen Fällen hat derselbe Gerichtshof mit Recht anders entschieden — zu vgl. ArbVers. 1916 S. 560, 1917 S. 565 — und in der letzteren Entscheidung bemerkt, daß, auch wenn die aufsichtliche Tätigkeit überwiegt, doch aus ihr bei der Eigenart des Baubetriebes regelmäßig auf eine gehobene Stellung der Poliere nicht geschlossen werden kann.

B. Zur Krankenversicherung.

Für Zeiten, in denen der Nichtabgemeldete arbeitsunfähig war, sind Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. nicht fortzuzahlen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 23. Februar 1918.

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt war zulässig und geboten (zu vgl. Entsch. 2054, Amtl. Nachr. 1915 S. 589, besonders S. 590 unten); bei der zur Beurteilung stehenden Rechtsfrage handelt es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung. Das Reichsversicherungsamt hat den Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, den Gesamtverband deutscher Krankenkassen, den Verband deutscher Innungskrankenkassen und den Allgemeinen Verband deutscher Landkrankenkassen gehört. Die Äußerungen der Verbände lassen erkennen, daß über die Anwendung des § 397 Abs. 1 RVO. auf Zeiten, in denen der Nichtabgemeldete arbeitsunfähig war und Anspruch auf Krankenhilfe hatte, keine einheitliche Auffassung besteht; insbesondere handhaben auch die Krankenkassen die Vorschrift sehr verschieden. Im ganzen aber überwiegt die strengere Auffassung.

Für die Beurteilung des vorliegenden Falles ist davon auszugehen, daß die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Elisabeth Th. während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses entstanden ist und darüber hinaus fortbestanden hat. Danach kann man bei Anwendung des § 397 Abs. 1 RVO. zunächst schwerlich davon sprechen, daß Beiträge „fortzuzahlen" sind. In der dem Beginne der Abmeldepflicht unmittelbar vorhergehenden Zeit waren Beiträge nicht zu zahlen. Die Beitragspflicht war auf Grund des § 383 Abs. 1 RVO. aufgehoben. Will man diese enge Auslegung des Begriffs „fortzahlen" nicht für durchschlagend erachten, so kommt hinzu, daß § 383 Abs. 1 in Verbindung mit § 311 a. a. O., wonach Arbeitsunfähige Mitglieder bleiben, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat, über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus wirkt und in den Wirkungsbereich des § 397 Abs. 1 hineinreicht. Freilich ist die Beitragspflicht des § 397 Abs. 1 insofern besonderer Art, als sie den Arbeitgeber allein trifft. Indessen deutet doch gerade das Wort „fortzahlen" auf einen Anschluß der Beiträge des § 397 Abs. 1 an die auf Grund der regelmäßigen Beitragspflicht zu zahlenden Beiträge hin. Dieser Anschluß ist aber hier nicht gegeben, und § 397 Abs. 1 muß hinter § 383 Abs. 1 zurücktreten. Allerdings ist der Einwand nicht ohne Gewicht, daß es bis zu einem gewissen Grade von Zufälligkeiten abhängt, ob der Arbeitgeber, der der Abmeldepflicht nicht genügt hat, Beiträge nach § 397 Abs. 1 zu zahlen hat oder nicht, je nachdem der Versicherte bei der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses und darüber hinaus arbeitsfähig war oder arbeitsunfähig mit Anspruch auf Krankenhilfe. Indessen werden Zufälligkeiten bei der Anwendung der Ordnungsvorschrift des § 397 Abs. 1 ohnehin nicht ganz zu vermeiden sein, und jedenfalls kann eine Einschränkung dieser nicht selten von unbilliger Härte begleiteten Vorschrift um so eher hingenommen werden, als ihre Anwendung Verschulden nicht zur Voraussetzung hat. Für die Fälle schuldhaften Verhaltens ist immer noch in der Strafe des § 530 Abs. 2 RVO. eine Sühne und dadurch auch eine gewisse Sicherung der Kasse vorgesehen. Die hier vertretene Auffassung führt nicht etwa, wie

einer der gehörten Verbände zu meinen scheint, dazu, daß im Falle der Voraussetzungen des § 383 Abs. 1 beim Ende des Beschäftigungsverhältnisses die Meldepflicht des § 317 Abs. 1 Satz 1 als aufgehoben gilt. Diese Pflicht besteht und ihre schuldhafte Verletzung zieht die angegebenen strafrechtlichen Folgen nach sich. Nur die Wirkung des § 397 Abs. 1 ist unter den angegebenen Umständen ausgeschaltet. Für den vorliegenden Fall ist das hieraus herzuleitende Ergebnis auch sachlich befriedigend. Eine Belastung mit Beiträgen aus § 397 Abs. 1 würde als Härte wirken, weil G., wie er unwiderlegt geltend macht, seiner Pflicht zur Abmeldung durch persönliche Mitteilung an den Kassenbeamten genügt zu haben glaubte, wobei dahingestellt bleibe, ob diese Mitteilung, deren Inhalt ebenso wie die Gegenerklärung des Kassenbeamten nicht hinreichend feststeht, als vorschriftsmäßige Abmeldung gelten könnte. Die Krankenkasse hat überdies die Übersendung der Beitragsrechnung für die Zeit, für die nach ihrer Meinung Beiträge noch zu zahlen waren, über Gebühr verzögert. Hätte sie den Arbeitgeber durch rechtzeitige Beitragsforderung auf den vermeintlichen Irrtum hingewiesen, so hätte er, wie angenommen werden muß, die schriftliche Abmeldung zu einem früheren Zeitpunkt nachgeholt. Es ergibt sich also, daß der Anspruch der Krankenkasse gegen den Arbeitgeber auf Beiträge aus § 397 Abs. 1 ungerechtfertigt ist. Die Beschwerde war deshalb zurückzuweisen. Keinen Anlaß bot der vorliegende Fall, dazu Stellung zu nehmen, ob Arbeitsunfähigkeit in Verbindung mit einem Anspruch auf Krankenhilfe die Wirkung des § 397 Abs. 1 auch dann aufzuheben vermöchte, wenn diese Umstände erst in der Frist des § 214 RVO. eingetreten sind oder ob sogar, wie das Versicherungsamt annimmt, eine später oder außerhalb der Wirkung des § 214 eingetretene Arbeitsunfähigkeit, die die Folge von Krankheit ist, die Anwendung des § 397 Abs. 1 unterbrechen würde.

Rückforderung von Kassenbeiträgen, die für einen Vermißten über seinen Tod hinaus zur Weiterversicherung gezahlt sind.

Entscheidung des **Versicherungsamts Leipzig** vom 19. März 1918 (IX B. 44).

Der Ehemann der Klägerin war seit dem 5. August 1914 (seiner Einberufung zum Heeresdienst) freiwilliges Mitglied der Beklagten. Am 6. Oktober 1915 ist er auf dem Felde der Ehre gefallen. Dies ist am 5. Januar 1917 im Sterberegister beurkundet worden. Die Klägerin hat in der Zeit vom 6. Oktober 1915 (dem Todestage ihres Ehemannes) bis 29. April 1917 die freiwilligen Beiträge für ihren Ehemann in Gesamthöhe von 41,94 ℳ bei der Beklagten weiterbezahlt, weil ihr der Tod ihres Ehemannes noch ungewiß war. Sie hat Erstattung dieses Betrages verlangt. Die Kasse hat den Anspruch abgelehnt, weil für 1915 die Beiträge verjährt seien, im übrigen aber die Kasse das Risiko getragen habe, insbesondere Familienhilfe hätte gewähren müssen.

Das Versicherungsamt verurteilte die Kasse zur Erstattung von 37,26 ℳ aus folgenden Gründen:

Der Rechtsanschauung der Beklagten kann nicht gefolgt werden. Die freiwillige Mitgliedschaft ist ein Akt des persönlichen Willens und stützt sich lediglich auf die Person des Versicherten. Dieser persönliche Wille erlischt mit dem Todestage ohne weiteres. Da nun Klaus am 6. Oktober 1915 verstorben ist, so ist mit dem Todestage auch seine freiwillige Mitgliedschaft, sowie die auf ihr beruhende Verpflichtung zur Beitragsleistung, andererseits die Verpflichtung der Kasse zur Gewährung von Familienhilfe erloschen. Es sind sonach die Beiträge über den Todestag hinaus zu Unrecht gezahlt und angenommen worden und die Beklagte ist verpflichtet, diese Beiträge zurückzuerstatten. Nach § 29 Abs. 2 RVO. sind die für 1915 entrichteten Beiträge verjährt. Es sind sonach nur noch die Beiträge für 1916 und 1917 und zwar 28,08 ℳ und 9,18 ℳ zusammen 37,26 ℳ an die Klägerin zu erstatten.

Die von der Beklagten vorgebrachte Gegenforderung von monatlich 60 ₰ für das Ärzte-Pauschal für jedes Kassenmitglied, welcher Betrag bei der Bezahlung der Kassenärzte für Klaus mit berechnet worden sei, kann schon deshalb nicht anerkannt werden, weil die Klägerin weder gesetzlich noch satzungsgemäß verpflichtet war, der Kasse Mitteilung von dem Tode ihres Ehemannes zu machen, ganz abgesehen davon, daß der Tod im Sterberegister erst im Jahre 1917 verlautbart worden ist.

Zuzugeben ist, daß die Kasse bei dieser Rechtslage zu Schaden kommen, auch absichtlich ausgebeutet werden kann dadurch, daß die Todeserklärung oder Bekanntgabe des Todes seitens der Familienangehörigen verzögert wird. Dem steht aber gegenüber, daß die Kasse die Füglichkeit hat, sich selbst über das Leben eines Kriegsteilnehmers durch Anfrage beim Truppenteil Gewißheit zu verschaffen und, wenn eine solche Anfrage eine auf andere Weise nicht zu behebende Ungewißheit hinterläßt, berechtigt ist, selbst gemäß § 962 der Zivilprozeßordnung die Todeserklärung bei dem Gericht zu beantragen.

Anmerkung: Die Entscheidung entspricht unserer Auskunft im Jahrg. 1917 S. 239 Ziff. 4b. Dort haben wir auch darauf hingewiesen, wie in Fällen dieser Art dem Einwande der Verjährung vorgebeugt werden kann.

Zurücknahme und Erneuerung des Antrags auf Ruhen der Rechte und Pflichten (§ 517 RVO.).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Januar 1918 (II K. 80/17 B.).

§ 517 Abs. 1 besagt nur, daß für Versicherungspflichtige, die Mitglieder einer Ersatzkasse sind, auf ihren Antrag die eigenen Rechte und Pflichten als Mitglieder der Krankenkasse, in die sie gehören,

ruhen. Die §§ 519, 520 a. a. O. bringen weitere Vorschriften über den Zeitpunkt, in dem der Antrag zu stellen ist, wenn ein Versicherungspflichtiger vom Recht des § 517 Abs. 1 Gebrauch machen will. Danach ist der Antrag beim Eintritt in die Krankenkasse oder spätestens am zweiten Zahltage darauf zu stellen (§ 519 Abs. 1). Ist das nicht geschehen, so kann er frühestens für den Beginn des nächsten Kalendervierteljahrs gestellt werden (§ 520 Abs. 1). Das gleiche gilt für Mitglieder der Krankenkasse, die erst nach dem Eintritt einer Ersatzkasse beitreten (§ 520 Abs. 2). Das Versicherungsamt hat bereits zutreffend darauf hingewiesen, daß diese Vorschriften zweifellos nur den erstmals gestellten Antrag im Auge haben, daß aber aus ihrer Fassung nicht schon der Schluß gezogen werden darf, die Zurücknahme und erneute Stellung des Antrags sei unzulässig. Es lag nahe, den Zeitpunkt der Antragstellung nur für den am häufigsten vorkommenden Regelfall des ersten Antrags ausdrücklich zu bestimmen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse geht von der Annahme aus, das im § 517 a. a. O. gegebene Wahlrecht könne nur einmal ausgeübt werden. Das würde folgerichtig dazu führen, daß schon die Zurücknahme des gestellten Antrags nicht zugelassen werden dürfte. Denn es stand im freien Ermessen des Ersatzkassenmitglieds, ob es das Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Pflichtkasse beantragen wollte oder nicht. Mit der Stellung des Antrags hat es von seinem Wahlrecht bereits erstmals Gebrauch gemacht. Zu einer solchen einschränkenden Auslegung bietet aber das Gesetz mangels einer ausdrücklichen dahingehenden Vorschrift keine Handhabe. Vielmehr rechtfertigen, wie schon Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 2 zu § 519 RVO. andeutet, die Worte „auf ihren Antrag" im § 517 eher die Auslegung, daß das Ruhen auch nur so lange dauert, als ein Antrag noch vorliegt und daß es mit der Rücknahme des Antrags endet. Gerade der Umstand, daß es unbeschränkt dem Versicherungspflichtigen in die Hand gegeben ist, ob er an den Rechten und Pflichten bei beiden Kassen teilnehmen will oder nicht, rechtfertigt die Annahme, daß der Gesetzgeber ihm auch das Rücktrittsrecht gewahrt wissen wollte. Sonst hätte es um so näher gelegen, das Gegenteil im Gesetz auszusprechen, als nach früherem Recht, da Mitglieder der auf Grund des Gesetzes über die eingeschriebenen Hilfskassen errichteten Kassen unter gewissen Voraussetzungen von der Verpflichtung, der Zwangskasse anzugehören, ohne weiteres befreit waren (§ 75 KVG.), diese Mitglieder jederzeit berechtigt waren, unter Verzicht auf das Vorrecht der Befreiung der Zwangskasse beizutreten (Revisionsentsch. 2286 Amtl. Nachr. 1916 S. 797). An die Stelle dieses nachträglichen Beitritts zur Zwangskasse ist jetzt die Rücknahme des Antrags auf Ruhen der Rechte und Pflichten bei ihr getreten. Ist aber diese Rücknahme zulässig, so muß es auch die Stellung eines neuen Antrags sein. Denn hierfür sind die gleichen Gesichtspunkte maßgebend.

In einer in der „ArbVers." 1917 S. 86 abgedruckten Entscheidung des Versicherungsamts Hamburg vom 7. September 1916 ist die Ansicht vertreten, ein Ersatzkassenmitglied könne zwar seinen Antrag auf Ruhen später zurücknehmen und damit wieder vollberechtigtes Mitglied der Pflichtkasse werden, nicht aber den Antrag erneuern. Denn es sei an den in der Rücknahme liegenden Verzicht auf das Recht der Befreiung für die Dauer der Zugehörigkeit zur Pflichtkasse gebunden und könne nicht durch seinseitige Erklärung wieder zurücktreten. Ob der Berechtigte im Einzelfall mit der Rücknahme des Antrags auf seine Wiederholung ausdrücklich verzichten kann mit der Wirkung, daß er an diesen Verzicht sodann gebunden bleibt, mag dahingestellt sein. Jedenfalls wäre es eine willkürliche Unterstellung, ohne eine solche ausdrückliche Erklärung in jeder Antragsrücknahme einen Verzicht auf seine Wiederholung zu finden. Das Recht auf Stellung, Zurücknahme und Erneuerung des Antrags auf Ruhen ist nur ein Ausfluß des im Gesetz verbürgten freien Wahlrechts des versicherungspflichtigen Ersatzkassenmitglieds. Mit Recht betont auch die angefochtene Entscheidung, daß eine andere Auslegung den Bedürfnissen der Praxis zuwiderlaufen und deshalb zu häufigen Umgehungen des Gesetzes — durch zeitweiligen Austritt aus der Ersatzkasse oder vorübergehende Unterbrechung des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses — Anlaß geben würde. Die verschiedensten Ursachen, die sich in der Veränderung der persönlichen Verhältnisse oder des Angestelltenverhältnisses des Versicherungspflichtigen finden lassen, können ihm erwünscht erscheinen lassen, daß seine ruhenden Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse wieder aufleben, oder daß sie erneut ruhen. Es wäre unbillig, ihn an seine erste Entschließung für die volle Dauer des Beschäftigungsverhältnisses gebunden zu halten (zu vgl. auch „Ersatzkasse" 1917 S. 144). Freilich wäre es bedenklich, wenn das freie Wahlrecht, wie die Allgemeine Ortskrankenkasse befürchtet, dazu mißbraucht werden könnte, daß das Ersatzkassenmitglied versucht, sich für Krankheitszeiten die Leistungen beider Kassen zu verschaffen, nach Beendigung der Krankheit sich aber durch Stellung eines neuen Ruheantrags der lästigen Verpflichtung entzieht, an beide Kassen Beiträge zahlen zu müssen. Das würde auf eine Ausbeutung der Pflichtkassen hinauslaufen, die geeignet wäre, deren Bestand ernstlich zu gefährden. Diese Möglichkeit ist dem Ersatzkassenmitglied jedoch im allgemeinen schon dadurch benommen, daß ihm aus einem zur Zeit der Rücknahme des Antrags auf Ruhen bereits eingetretenen Versicherungsfall gegen die Pflichtkasse kein Leistungsanspruch zusteht. Dieser Grundsatz, den das Reichsversicherungsamt in der

Revisionsentsch. 2286 (Amtl. Nachr. 1916 S. 797) unter der Herrschaft des früheren Rechts ausgesprochen hat, gilt ohne weiteres auch für das Recht der Reichsversicherungsordnung. Denn die zur Begründung jener Entscheidung angeführten Gesichtspunkte sind ebenso unter der veränderten Rechtslage maßgebend (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2 zu § 519 RVO.). Wenn die Allgemeine Ortskrankenkasse weitergehend meint, es bestehe die Gefahr, daß ein Ersatzkassenmitglied schon bei einer „voraussichtlichen" Erkrankung schleunigst seinen Ruheantrag zurückziehen könne, um sich die Doppelunterstützung beider Kassen zu verschaffen, so hat das Versicherungsamt dem zutreffend entgegengehalten, daß eine Krankheit sich nur selten mit einiger Gewißheit voraussehen läßt. In der Regel wird eine nachträgliche Prüfung in solchen Fällen ergeben, daß die Krankheit bereits vorlag, als die Rücknahme des Ruheantrags erfolgte und daß daher der Leistungsanspruch gegen die Zwangskasse entfällt. Der weiteren Auslegung des § 517 a. a. O. stehen also auch wegen der Gefahr etwaiger mißbräuchlicher Anwendung keine Bedenken entgegen.

Hiernach war der am 4. April 1917 erneuerte Ruheantrag zuzulassen. Schließlich war dem Versicherungsamt auch darin beizutreten, daß es diesem Antrag Wirkung erst vom 1. Juli 1917 ab gegeben hat. Denn mangels abweichender Vorschriften für die Wiederholung eines Ruheantrags ist es nur folgerichtig, hierauf die Vorschriften, die für die Stellung des Ruheantrags überhaupt gelten, insbesondere also § 520 Abs. 1 a. a. O., anzuwenden.

Übertragung der Ausstellung von Dienstzeugnissen für Kassenangestellte auf den Geschäftsführer?

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 1. Dezember 1917 (2420 Amtl. Nachr. 1918 S. 183).

Die Ausstellung eines Dienstzeugnisses an einen Dritten durch die Kasse stellt eine Rechtshandlung dar, durch welche diese am Rechtsleben teilnimmt. Insoweit hierbei ihre Vertretung in Frage kommt, gelten die Vorschriften des § 5 RVO. (zu vgl. Entsch. 2299, Amtl. Nachr. 1916 S. 815). Streitig ist, ob der Vorstand die ihm hierdurch zugewiesene gesetzliche Vertretung der Kasse durch Vorstandsbeschluß auf den Geschäftsführer übertragen kann. Für die Entscheidung der Frage ist zu beachten, daß die Aufgaben des Vorstandes einen öffentlich-rechtlichen Charakter haben. Daraus folgt, daß der Vorstand im allgemeinen seine Befugnisse nicht auf andere übertragen kann (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl. Anm. 7 zu § 5 RVO.; Hoffmann, in ArbVers. 1917 S. 691). Das muß auch für den vorliegenden Fall gelten. Zunächst kommt in Betracht, daß die Besetzung der Stellen derjenigen Angestellten der Krankenkassen, für welche die Dienstordnung gilt, nach §§ 351 ff. Sache des Vorstandes ist. Eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung für den Vorstand, diese Aufgabe auf Dritte zu übertragen, sieht das Gesetz hier überhaupt nicht vor. Eine dahingehende Vorschrift findet sich indessen in § 698 Abs. 1 RVO. für die Berufsgenossenschaften. Hiernach darf aber nur die — vorläufige — Anstellung solcher Personen, die auf Probe, zu vorübergehender Dienstleistung, zur Vorbereitung oder die nur nebenher ohne Entgelt beschäftigt werden, dem Geschäftsführer überlassen werden. Dabei handelt es sich also nicht um Angestellte, die der Dienstordnung schlechthin unterstehen, sondern um Personen, für welche, wie nach § 351 Abs. 2 RVO., die Dienstordnung nur gilt, soweit sie es ausdrücklich vorsieht (§ 690 Abs. 2). Hieraus muß gefolgert werden, daß die Bestellung aller der Dienstordnung unterstehenden Angestellten nur durch den Vorstand erfolgen kann. Konnte aber hiernach der Vorstand den Abschluß des Dienstverhältnisses im vorliegenden Falle nicht auf einen Dritten übertragen, so muß das gleiche auch gelten hinsichtlich der Ausstellung eines formgerechten Dienstzeugnisses, die unmittelbar aus dem Dienstverhältnisse folgt.

Bestimmungen der Dienstordnung.

Bescheid des **preuß. Ministers für Handel usw.** vom 23. Januar 1918.

Die Bestimmungen im § 5 des Entwurfs bieten keine hinreichende Gewähr dafür, daß nur solche Personen im Kassendienste angestellt werden, die eine den Anforderungen der zu besetzenden Stelle genügende fachliche Befähigung besitzen. Es ist nicht angängig, es der keiner Anfechtung unterliegenden Entschließung des Vorstandes zu überlassen, ob überhaupt eine Prüfung des Anzustellenden durch den Prüfungsausschuß vorgenommen werden soll. Auch erscheint die vom Oberversicherungsamt gestellte Forderung gerechtfertigt, daß in die Dienstordnung eine Bestimmung aufzunehmen ist, wonach die Mehrheitsbeschlüsse des Prüfungsausschusses einer Beanstandung durch den Vorsitzenden des Ausschusses unterworfen werden. Einer Verletzung des Selbstverwaltungsrechts der Kasse durch eine unsachgemäße Handhabung der Beanstandungsbefugnis würde dadurch vorgebeugt werden können, daß, wie es vom Oberversicherungsamt vorgeschlagen ist, die endgültige Entscheidung über die Beanstandung dem Vorsitzenden des Versicherungsamts oder des Oberversicherungsamts übertragen wird.

Die Bestimmung im § 6 Nr. 4 des Entwurfs genügt insofern nicht der Vorschrift des § 353 Abs. 1 Nr. 5 RVO., als darin die Bedingungen angegeben sind, unter denen der Vorstand Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge gewähren kann. Solche Be-

bingungen enthält aber § 16 des Entwurfs. Zur Verhütung von Zweifeln über das Verhältnis beider Paragraphen zueinander bedarf es, wenn nicht § 6 Nr. 4 gestrichen wird, eines Hinweises im § 6 Nr. 4 des Inhalts, daß für die Gewährung von Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge die in den §§ 16—18 gegebenen Vorschriften gelten. Die Berufung in der Beschwerde auf den letzten Absatz des § 7 der Musterdienstordnung geht fehl; dort ist lediglich hervorgehoben, daß die Anstellung auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt zu ihrer Gültigkeit der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedarf.

Die Einwendungen, die das Oberversicherungsamt dagegen erhoben hat, daß den Angestellten unter Ausschluß des Ruhegehalts lediglich Hinterbliebenenfürsorge gewährt werden kann, werden nicht aufrecht erhalten. Die Vorschriften in den §§ 353, 359 RVO. schließen eine solche Bestimmung nicht aus. Gemäß § 353 Abs. 1 Nr. 3 RVO. müssen aber in der Dienstordnung die Bedingungen angegeben werden, unter denen die Anstellung mit Anrecht allein auf Hinterbliebenenfürsorge erfolgen soll. Es darf nicht dem Ermessen des Vorstandes vorbehalten bleiben, von Fall zu Fall zu entscheiden, ob die eine oder die andere Anstellungsart Anwendung finden soll. Die Höhe der zu gewährenden Hinterbliebenenfürsorge ist gleichfalls in der Dienstordnung festzusetzen. Die Anstellung nur mit Anrecht auf Hinterbliebenenfürsorge würde die besondere Genehmigung des Oberversicherungsamtes gemäß § 359 Abs. 1 RVO. nicht erfordern.

Eine Bestimmung der Dienstordnung, wonach den Angestellten Beihilfen zu einer von ihnen abzuschließenden Ruhegehaltsversicherung gewährt werden sollen, ist nicht grundsätzlich unzulässig. Es bedarf indes auch in diesem Falle der Festlegung der Bedingungen, unter denen die einen Teil der Besoldung darstellende und daher ihrem Betrage nach anzugebenden Beihilfen beansprucht werden können. In der Bewilligung der vorerwähnten Beihilfen erblicke ich nicht eine Anstellung mit Anrecht auf Ruhegehalt im Sinne des § 359 RVO., weil eine solche die Begründung eines Anrechts auf ein von der Kasse zu gewährendes Ruhegehalt voraussetzt.

(Volkst. Zeitschr.)

Entscheidung im Aufsichtswege über streitige Ansprüche zwischen Kasse und Angestellten?

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** vom 23. Juni 1917; b) des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 20. Februar 1917.

a

Auf Anrufen eines Kassenbeamten, dem die Rechte und Pflichten eines gemeindlichen Beamten übertragen sind, hat das Versicherungsamt die Krankenkasse „im Aufsichtswege gemäß §§ 30 und 377 RVO. angewiesen, dem Beschwerdeführer für die Zeit . . ., während deren er als Soldat zur Dienstleistung im Postdienste befehligt worden war, das volle Gehalt einschließlich der Teuerungszulagen zu zahlen. Die Beschreitung des ordentlichen Rechtsweges bleibt vorbehalten".

In der Sache selbst ist die Entscheidung auf § 66 Reichs-Mil.-Ges. gegründet. Über seine Zuständigkeit bemerkt das Versicherungsamt am Schlusse:

Das Versicherungsamt ist zur Ausübung der Aufsicht über die Krankenkassen berufen. Die Aufsicht erstreckt sich nach § 30 RVO. darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Kommt ein Verstoß gegen Gesetz oder Satzung zur Kenntnis der Aufsichtsbehörde, so ist diese zum Eingreifen berechtigt und verpflichtet, ohne daß hier ein Unterschied zu machen ist, ob es sich um eine bewußte Überschreitung der gesetzlichen Vorschriften durch die Krankenkassen handelt, oder etwa nur um eine irrtümliche Auslegung der Rechtsnormen. Im vorliegenden Falle war daher ein Eingreifen im Aufsichtswege geboten.

Da der Anspruch auf Zahlung des Gehalts ein vermögensrechtlicher ist, für den die RVO. keine abweichende Regelung vorgesehen hat, so ist nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen für denselben der ordentliche Rechtsweg gegeben, der den Parteien ausdrücklich vorbehalten worden ist. Auch die Krankenkasse ist in der Lage, im Wege des Zivilprozesses durch Erhebung einer Feststellungsklage vor den bürgerlichen Gerichten die Frage zur endgültigen Entscheidung zu bringen.

b)

Die Kasse erhob Beschwerde, soweit es sich um die Teuerungszulage handelte, und hatte damit Erfolg. Das Oberversicherungsamt (Beschlußausschuß) erklärte den Anspruch des Beamten insoweit für unbegründet aus folgenden Gründen:

Wenn die Kasse behauptet, C. habe während seiner Tätigkeit beim Postamt in Teltow nicht Militärdienste geleistet, sondern sei in Anwendung des Hilfsdienstgesetzes als Aushelfer bei der Post beschäftigt worden, so ist dies ein Irrtum. Er ist von seinem Truppenteil dem Postamt als Aushelfer überwiesen und während der Dauer dieser Beschäftigung Soldat geblieben. Das Hilfsdienstgesetz kommt also nicht in Frage.

Die Kasse behauptet ferner, daß Teuerungszulagen nicht Dienstbezüge im Sinne des Reichsmilitärgesetzes seien. Ein allgemeiner Grundsatz, daß sie überall als solche anzusehen sind, läßt sich nicht aufstellen. Es wird vielmehr in jedem einzelnen Falle von dem Beschluß der Kassenorgane abhängen, welcher Art ihr Charakter ist. Die Kassen sind in der Lage, mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde zu beschließen, daß Teuerungszulagen freiwillige Zuwendungen sind, auf die ein Rechtsanspruch nicht besteht und daß die im Heeresdienst stehenden Beamten und Angestellten sie

überhaupt nicht oder nur unter besonderen Bedingungen erhalten.

Im vorliegenden Falle kommt es daher darauf an, wie der durch Verfügung des Oberversicherungsamts vom 30. April 1917 genehmigte Beschluß des Kassenvorstandes der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin über die Gewährung von Teuerungszulagen an Kassenangestellte und Beamte auszulegen ist. Für die Kassenbeamten kommt, da ein besonderer Vorstandsbeschluß nicht vorliegt, allein die Verfügung des Oberversicherungsamts vom 30. April 1917 in Frage. In ihr heißt es: „Ferner bestimmt das Oberversicherungsamt auf den Antrag der Kasse, daß die gleichen Zulagen den Krankenkassen beamten, für welche das Regulativ vom 28. Januar 1916 gilt, gewährt werden.“

Absicht der Kasse war es, wie aus den Verhandlungen in der Ausschußsitzung vom 29. November 1916 hervorgeht, daß die Familien der Beamten, die zum Heeresdienst eingezogen sind, die Teuerungszulagen nicht erhalten sollten. Diese Familien beziehen das volle Gehalt des eingezogenen Ehemannes und die Teuerung trifft sie nicht in dem Umfange wie die anderen, weil das Haupt der Familie, welches in der Regel den stärksten Verbrauch hat, für diese ausscheidet. Es ist daher sowohl die Auffassung und Absicht der Kasse wie des diesen Grundsatz billigenden Oberversicherungsamts gewesen, daß die Verfügung vom 30. April 1917 nur die Verhältnisse derjenigen Angestellten und Beamten regeln soll, welche nicht zum Heeresdienst eingezogen sind.

Zuzugeben ist, daß der Wortlaut der Verfügung vom 30. April 1917 diese Absicht nicht klar erkennen läßt. Die Kasse hat daher unter dem 14. Dezember 1917 einen neuen Beschluß über die Gewährung von Teuerungszulagen gefaßt, welcher ihre ursprüngliche Absicht klarer zum Ausdruck bringt, indem er ausdrücklich bestimmt, daß die im Heeresdienst stehenden Beamten und Angestellten keine Teuerungszulagen erhalten. Wenn Wortlaut eines Gesetzes und Absicht des Gesetzgebers sich nicht völlig decken, so ist der Wortlaut so auszulegen, wie es dem Sinne des Gesetzgebers entspricht. Dies gilt auch für die Verfügung vom 30. April 1917. Sie spricht nicht ausdrücklich davon, daß Angestellte und Beamte, welche im Heeresdienste stehen, die Teuerungszulage nicht erhalten sollen, es war aber Absicht sowohl der Kasse wie des Oberversicherungsamts, daß dies nicht geschehen solle. Deshalb ist sie dahin auszulegen, daß sie nur die Verhältnisse der nicht zum Heeresdienst eingezogenen Beamten und Angestellten regelt. Die Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 23. Juni/14. September 1917 war daher, soweit sie den Anspruch des C. auf Teuerungszulage während seiner Einberufung zum Heeresdienst für begründet erklärt, aufzuheben.

Die Zuständigkeit des Versicherungsamts und Oberversicherungsamts zur Entscheidung in dieser Sache folgt, wie der Vorderrichter zutreffend ausgeführt hat, aus § 30 RVO.

Diese Entscheidung ist vorbehaltlich einer Entscheidung im ordentlichen Rechtswege endgültig (§ 358 RVO.).

Anmerkung: Beide Entscheidungen sind falsch, insofern sie die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden auf Grund des § 30 (§ 377) RVO. annehmen. Über streitige Ansprüche zwischen Kassenangestellten oder -beamten und Krankenkassen im Aufsichtswege zu entscheiden, sind die Versicherungsbehörden schlechthin nicht befugt (Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 30 RVO.). Dem hat auch das Reichsversicherungsamt zugestimmt (ArbVers. 1917 S. 85; zu vgl. auch Entsch. des bad. Landesversicherungsamts v. 12. 4. 17 bei Breithaupt 6 S. 309). Ganz verfehlt ist der Hinweis auf § 358 RVO. am Schlusse der Entscheidung des Oberversicherungsamts, wonach diese Entscheidung vorbehaltlich des ordentlichen Rechtswegs endgültig sein soll. Zu einer Vorentscheidung dieser Art, die von ganz anderer rechtlicher Art ist als eine Entscheidung im Aufsichtswege, sind die Versicherungsbehörden nur berufen bei Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse der Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen. Für andere Angestellte, also insbesondere für die Beamten (§ 359 Abs. 4) gilt das nicht (Hahn, Anm. 1a zu § 358 und die zustimmende Entsch. des RVA. 2315, ArbVers. 1917 S. 171). War aber die Entscheidung des Oberversicherungsamts, wie die des Versicherungsamts, eine aufsichtliche aus §§ 30, 377, so war sie keineswegs endgültig (vorbehaltlich des Rechtswegs), sondern konnte mit weiterer Beschwerde beim Reichsversicherungsamt angefochten werden (Hahn, Anm. 3 zu § 377).

Auch sachlich ist die Entscheidung des Oberversicherungsamts recht bedenklich. Maßgebend für die Ansprüche des Beamten war der das Regulativ ergänzende Beschluß des Oberversicherungsamts. Er billigte, entsprechend dem Antrage der Kasse, „die gleichen Zulagen“ (wie für die der Dienstordnung unterstehenden Angestellten) auch den Kassenbeamten zu. Daß es die „Absicht“ der Kasse und des Oberversicherungsamts gewesen sein soll, hiervon die zum Heeresdienst eingezogenen Beamten auszunehmen, ist ganz gleichgültig, wenn diese Absicht keinen — auch nicht einmal einen unklaren — Ausdruck gefunden hat. Auch Behörden können Geltung nur für das beanspruchen, was sie erklärt haben, nicht für das, was sie erklären wollten (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 91 S. 423, 426). Die später beschlossene Einschränkung kann nicht, wie eine maßgebliche Gesetzeserläuterung, zurückwirken, sondern nur für die Zukunft Geltung beanspruchen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1918 S. 42 ff.)

Nr. 267. Ein Meßgehilfe ohne besondere Fachausbildung, der als Vorarbeiter oder Meßgruppenführer die gleiche körperliche Tätigkeit ausübt wie die anderen Arbeiter, in Abwesenheit des leitenden Landmessers oder Technikers die Aufsicht über eine Meßgruppe (3—4 Mann) führt und gelegentlich schriftliche Arbeiten ausführt und selbständig kleine Ausmessungen erledigt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 268. Der Flaschenkellermeister einer Großbrauerei mit Jahresbezügen von etwa 3750 ℳ, der unter Aufsicht eines Inspektors den Flaschenkeller mit 200 Personen und 15 Maschinen zu beaufsichtigen hat und nur ausnahmsweise körperlich mitarbeitet, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 269. Der Feldhüter und Hilfspolizeidiener einer Landgemeinde ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

„An sich versicherungspflichtige" Tätigkeit im Sinne der Bek. d. Reichskanzl. vom 16. 9. 16 (RGBl. S. 1097, ArbVers. 1916 S. 711).

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 27. November 1916 (B. 2627/16).

Der Angestellte ist seit dem 1. Mai 1915 gegen einen Schreiblohn von 7 ₰, seit dem 1. Februar 1916 von 8 ₰ für die Seite in der Kanzlei des Landgerichts zu Sch. als Hilfsschreiber beschäftigt. Von Mitte April bis 1. Mai 1915 war er unentgeltlich dort beschäftigt. Vor Ausbruch des Krieges hat er eine versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausgeübt. Nach Beendigung des Krieges, voraussichtlich aber schon früher, wird er zum Vorbereitungsdienst für die Gerichtsschreiberprüfung zugelassen werden. Als Justizanwärter, der er dann sein wird, wird er im allgemeinen unentgeltlich beschäftigt werden. Die kommissarische Beschäftigung gegen Entgelt wird jedenfalls nach Angabe der Arbeitgeberin lediglich eine Ausnahme sein.

Es ist unbestritten, daß die Tätigkeit des Angestellten als solche eine versicherungspflichtige ist. Es wird nur geltend gemacht, daß der Angestellte deswegen versicherungsfrei sei, weil er vor dem Kriege keine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt habe und auch nach dem Kriege keine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben werde, da er einerseits größtenteils ohne Entgelt beschäftigt und andererseits auch gemäß § 16 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungsfrei nach dem Kriege sein werde.

Eine Versicherungsfreiheit käme nur in Frage auf Grund der Bundesratsverordnung vom 30. September 1916 über die vorübergehende Beschäftigung während des Krieges, doch kann der Angestellte auf Grund dieser Bundesratsverordnung nicht für versicherungsfrei angesehen werden. Die genannte Bundesratsverordnung vom 30. September 1916 bestimmt in ihrem § 1, daß Personen, die vor dem gegenwärtigen Kriege eine an sich nach dem AngestVersGes. versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausgeübt haben und auch nach Beendigung des Krieges voraussichtlich nicht ausüben werden, hinsichtlich einer nur für die Dauer des Kriegszustandes angenommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht versicherungspflichtig nach dem AngestVersGes. sind. Es ist also erstens Voraussetzung dieses § 1, daß vor dem gegenwärtigen Kriege keine an sich nach dem AngestVersGes. versicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt ist. Um zu untersuchen, ob eine Angestelltentätigkeit an sich versicherungspflichtig nach dem AngestVersGes. ist, ist lediglich die Art der Tätigkeit als solche zu betrachten. Es kommt hierbei nicht darauf an, gegen welchen Entgelt die Tätigkeit und ob sie überhaupt gegen Entgelt ausgeübt wird.

Auch bei einem Entgelt über 5000 ℳ und ohne Entgelt liegt eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit vor. Es ist auch bei der Beurteilung dieser Frage unerheblich, ob aus sonstigen im AngestVersGes. liegenden Gründen eine Versicherungsfreiheit z. B. gemäß § 9 ff. AngestVersGes. in Frage kommt. E i n e a n s i c h v e r s i c h e r u n g s p f l i c h t i g e T ä t i g k e i t i s t v i e l m e h r s c h o n d a n n a u s g e ü b t, w e n n d i e s e T ä t i g k e i t u n t e r d i e i m § 1 u n t e r 1 b i s 6 a u f g e z ä h l t e n B e r u f s g r u p p e n f ä l l t. Den Begriff an sich versicherungspflichtige Tätigkeit muß man also losgelöst von den übrigen Bestimmungen des Gesetzes betrachten. Die Bundesratsverordnung will also, das ergibt sich aus dem Worte „an sich", daß solche Personen, die entweder vor dem Kriege selbständig waren (zu diesen Personen sind auch die im Haushalte oder im Geschäfte des Mannes tätigen Ehefrauen zu rechnen) oder vor dem Kriege eine Tätigkeit ausgeübt haben, die nicht in die Tätigkeitsart der Berufsgruppen des § 1 AngestVersGes. fällt, im Sinne des § 1 a. a. O. für die Versicherungsfreiheit in Betracht kommen.

Der Angestellte hat allerdings vor dem Kriege keine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt. Er wird aber nach den Angaben der Parteien nach dem Kriege eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben, da er nach dem Kriege als Justiz-

anwärter weiter bei der Arbeitgeberin tätig sein will, mithin nach dem Kriege eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben wird. Hiernach ist es also unerheblich, ob der Angestellte nach dem Kriege eine unentgeltliche Tätigkeit ausüben wird, oder ob er gemäß §§ 9 ff., also auch gemäß § 10 Nr. 1 versicherungsfrei sein wird. „An sich" versicherungspflichtig heißt nur, daß er eine Tätigkeit ausübt, die unter die im § 1 unter Nr. 1 bis 6 aufgezählten Berufsgruppen fällt.

Hinsichtlich der Dauer der Beschäftigung käme noch der § 8 AngestVersGes. in Verbindung mit der Bundesratsverordnung vom 9. Juli 1913 in Betracht. Doch diese Verordnung findet auf Bureauangestellte keine Anwendung. Überdies würde im vorliegenden Falle auch gar keine vorübergehende Dienstleistung im Sinne der Nr. 1a der Verordnung gegeben sein, da darunter nur eine solche Tätigkeit verstanden werden kann, die von vornherein auf kurze Zeit in Aussicht genommen ist. (Vgl. § 69 des Handelsgesetzbuches.) Hier dauert aber die Tätigkeit des Angestellten mehr als 1½ Jahre.

Hiernach sind sämtliche Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AngestVersGes. gegeben. Die Versicherungspflicht des Angestellten war somit zu bejahen.

Sprechsaal.

Der Umfang der Zeugnispflicht und die Reichsversicherungsordnung.

Die Zeugnispflicht unseres Zivilprozeßverfahrens umfaßt die Pflicht zum Erscheinen, zur wahrheitsgemäßen Aussage und zur Beeidigung der Aussage. Nicht inbegriffen ist dagegen nach der herrschenden Lehre die Pflicht zu Ermittlungen, Nachforschungen in Schriftstücken und dergl. Der Zeuge hat nur zu sagen und zu beschwören, was er weiß; er ist weder verpflichtet sich die Kenntnis bisher unbekannter Tatsachen zu verschaffen noch die Erinnerung an vergessene wiederherzustellen (vgl. Stein, Zivilprozeßordnung, Anm. XVI vor § 373). Eine solche Pflicht stände, wie man annimmt, völlig im richterlichen Ermessen, da schwierige und umfangreiche Erhebungen jedenfalls ausgeschlossen wären, und dadurch in Widerspruch sowohl mit den scharfen gesetzlichen Grenzen der Zeugnispflicht als mit den ebenso scharfen der Vorlegungspflicht Dritter. Dem Zeugen wird durch die Ladung der Gegenstand der Vernehmung mitgeteilt, er hat also die Möglichkeit zu Nachforschungen, wenn er auch keine Pflicht hierzu besitzt. Wenn öffentliche Beamte eine solche Pflicht haben, so ist dies Folge ihres Amtes, nicht ihrer Zeugenstellung.

Auch auf dem Gebiete des Strafprozeßrechtes ist die Zeugnispflicht in ähnlicher Weise beschränkt. Auch hier enthält sie keine Pflicht zur Einziehung von Erkundigungen und überhaupt zu irgendwelcher außergerichtlichen Tätigkeit (vgl. Löwe, Strafprozeßordnung, Anm. 1 und 4 zu § 51). Im Strafprozeß lassen sich aber alle Gegenstände, welche als Beweismittel von Bedeutung sein können, herbeiholen und bei der Zeugenvernehmung benützen. Die Herausgabepflicht fällt mit der Zeugnispflicht zusammen (§ 95 Strafprozeßordnung). Dagegen ist im Zivilprozesse die Vorlegungspflicht sehr eingeschränkt; sie ist weder eine allgemeine, öffentlichrechtliche Pflicht noch auch schlechthin eine privatrechtliche Pflicht einzelner (vgl. §§ 422 und 429 Zivilprozeßordnung).

Im Verfahren der Reichsversicherungsordnung sind regelmäßig nur die Behörden und die Versicherungsträger zur Vorlegung von Akten und Urkunden verpflichtet (vgl. §§ 115 und 116 RVO., ferner § 22 VAO., §§ 17 und 40 OVAO., § 22 RVAO. und § 16 bayer. LVAO.). Auch der Parteieid, der im Zivilprozeß als Beweismittel gilt, ist unserem Verfahren unbekannt. Hier spielt der Zeugenbeweis deshalb eine viel größere Rolle. Für die Zeugnispflicht sind die Vorschriften der Zivilprozeßordnung maßgebend. Das bestimmen § 1574 für die Vorbereitung der Entscheidung der Versicherungsträger, § 1652 für die Vorbereitung der mündlichen Verhandlung des Versicherungsamtes, § 1665 für diese Verhandlung selbst, § 1679 für das Verfahren des Oberversicherungsamtes, §§ 1689 und 1701 für die Revisions- und Rekursinstanz und § 1789 für das Beschlußverfahren.

Aber die Vorschriften der Zivilprozeßordnung gelten nach § 1574 „entsprechend". Die Rechtsübung hat in der Beantwortung der Frage, was entsprechend ist, einen gewissen Spielraum. Das richterliche Ermessen kann sich in unserem Rechte besser auswirken als auf anderen Gebieten. Bei der Anwendung der Reichsversicherungsordnung darf man sich weniger als sonst auf den rein logischen Standpunkt stellen und auf eine starre Grundsätzlichkeit berufen. Hier ist vielmehr stets eine freiere Betrachtungsweise zugelassen worden, es muß immer Rücksicht darauf genommen werden, daß das Ergebnis praktisch befriedigt und den Notwendigkeiten eines geregelten Zusammenlebens gerecht wird.

Der Zeuge kann aber unter Umständen zu einer klaren, beweiskräftigen Aussage nur unter der Voraussetzung gelangen, daß er Aufschreibungen zu Rate zieht. Wenn z. B. der Zeitpunkt einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bestimmt werden muß, handelt es sich oft um die genaue Festsetzung von Tagen; eine Anwartschaft kann erhalten oder verloren sein, je nachdem eine einzige in einer Quittungskarte befindliche Marke in einen gewissen Zeitraum hineinbezogen werden kann oder nicht. Die Auskunft eines Zeugen wird aber oft nur unbestimmt sein, wenn sie lediglich aus der Erinnerung schöpft. Dagegen ist im Haushaltsbuch oder in Geschäftsbüchern der Tag ganz genau vermerkt, an dem der Lohn für die Tätigkeit ausbezahlt wurde; es sei nur an die Beschäftigung einer Störnäherin, eines Bauhandwerkers erinnert. Auch in Kalendern finden sich derartige Aufschreibungen; ebenso können Quittungen oder Briefe vielleicht mit Erfolg herangezogen werden.

In solchen Fällen darf sich auch die Vernehmung nicht auf das beschränken, was der Zeuge gerade weiß. Der Richter wird vielmehr dem praktischen Bedürfnisse nur dann gerecht, wenn er den Zeugen auf Erhebungen und Nachforschungen verweist und

nötigenfalls dazu anhält. Selbstverständlich werden diese Nachforschungen ein gewisses Maß nicht überschreiten dürfen; aber der Richter, der bei der Anwendung der Reichsversicherungsordnung immer gewöhnt ist, die Grenzen einer besonnenen Rechtsübung einzuhalten, wird auch hier das richtige Maß finden. Der Widerstand eines Zeugen wird ohnedies eine seltene Ausnahme bilden. In der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle werden die Zeugen den Richter bei der Erforschung der Wahrheit von Anfang an unterstützen.

Oberregierungsrat Kobler in München.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Kriegsanleihezeichnungen der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten.

Nach den nahezu vollständigen Feststellungen haben die Berufsgenossenschaften, die Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung, für die achte Kriegsanleihe rund 63 Millionen Mark gezeichnet, wovon rund 57 Millionen auf die gewerblichen und rund 6 Millionen auf die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften entfallen. An den sieben früheren Anleihen hatten sich die gewerblichen mit rund 326 Millionen, die landwirtschaftlichen Berufsgeossenschaften mit 38 Millionen Mark beteiligt. Danach belaufen sich ihre gesamten Kriegsanleihezeichnungen auf rund 427 Millionen Mark.

In noch höherem Grade, entsprechend den ihnen zur Verfügung stehenden größeren Mitteln, haben die Versicherungsanstalten, die Träger der reichsgesetzlichen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, zu den Kriegsanleihen beigesteuert. Nachdem sie zu den ersten sieben Anleihen insgesamt 1134 Millionen Mark gezeichnet hatten, haben sie sich an der achten mit 178 Millionen Mark beteiligt, so daß sich ihre gesamten Zeichnungen auf 1312 Millionen Mark beziffern.

Die Sozialversicherung in den künftigen Friedens- und Handelsverträgen.

Das Deutsche Komitee für internationale Sozialversicherung ist in einer Eingabe an den Reichskanzler dafür eingetreten, daß in die abzuschließenden Friedens- und Handelsverträge in weiterer Fortbildung früherer Einzelvorgänge allgemein eine Klausel aufgenommen wird, nach welcher die vertragschließenden Regierungen sich verpflichten, die auf dem Gebiete der Sozialversicherung und des Arbeiterschutzes getroffenen oder noch zu treffenden Vergünstigungen tunlichst einander gleichwertig und ihren Arbeitern und Angestellten gegenseitig zugänglich zu machen. In der beigefügten Begründung wird darauf hingewiesen, daß die jährlichen Aufwendungen für die deutsche Sozialversicherung zur Zeit schon die so gewaltige Summe von rund einer Milliarde Mark betragen und eine weitere nicht unerhebliche Steigerung unvermeidlich sein wird. Bei so starker Vorbelastung des deutschen Wirtschaftslebens wird dessen Wiederaufbau nach dem Kriege sich um so schwieriger gestalten, je größer der Abstand zwischen den sozialpolitischen Aufwendungen Deutschlands und denen des Auslandes sich gestaltet. Dabei kommt ferner in Betracht, daß es ebenso sehr im Interesse der allgemeinen Kulturfortschritte wie im Interesse Deutschlands liegt, rechtzeitig Vorsorge dahin zu treffen, daß in der einschlägigen Gesetzgebung der verschiedenen Staaten tunlichst gleichwertiges und damit die Vorbedingung für ein Gegenseitigkeitsverhältnis geboten wird. Die Deutsche Gesellschaft für soziale Reform und die Generalkommission der Gewerkschaften Deutschlands haben gleichartige Kundgebungen veranstaltet. Unterschrieben ist die Eingabe vom Staatssekretär Grafen Posadowsky, Unterstaatssekretär Professor Dr. v. Mayr, Präsident Dr. Kaufmann, Direktor Dr. Zacher und Professor Dr. Manes.

Neuerung bei Heilverfahren der Reichsversicherungsanstalt.

Die in den letzten Monaten eingetretene, unerwartet große Steigerung der Anträge auf Gewährung von Lungenheilverfahren hat zu einer zeitweisen Vollbelegung der sämtlichen mit der Reichsversicherungsanstalt in Verbindung stehenden Heilstätten geführt. Dies hat zur Folge, daß ein Teil der Versicherten, denen ein Heilverfahren gewährt worden ist, längere Zeit auf ihre Einberufung in die Heilstätte warten müssen. Das Direktorium stellt es daher den Versicherten in diesen Fällen vorübergehend in einer besonderen Anlage zu dem Bewilligungsbescheid frei, sich selbst einen Platz in einer ärztlich geleiteten, den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechenden Lungenheilstätte zu suchen, und gewährt den Versicherten zu dieser Kur auf die Dauer von zunächst 3 Monaten einen angemessenen Zuschuß. Die Höhe dieses Zuschusses entspricht den Sätzen, welche die Reichsversicherungsanstalt hätte aufwenden müssen, wenn die Einberufung in die dem Versicherten im Bewilligungsbescheide bezeichnete Heilstätte abgewartet worden wäre. Im allgemeinen wird es sich um Beträge bis zu 8 ℳ täglich handeln. Die genaue Höhe wird im einzelnen Falle nach Mitteilung der gewählten Heilstätte bekanntgegeben. Die Zahlung des Zuschusses erfolgt entweder nach Beendigung der Kur und Einreichung der Rechnung oder, wenn dies beantragt wird, während der Kur in nachträglichen ein- oder mehrwöchigen Teilbeträgen, und zwar an den Versicherten, wenn die Verauslagung durch ihn nachgewiesen wird, andernfalls unmittelbar an die Heilstätte.

Das diagnostische Institut der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin.

Die Heilbehandlung eines Kranken ist bekanntlich in erster Linie von dem richtigen Erkennen seiner Krankheit abhängig. Deshalb ist auch die „Diagnose“, die Bestimmung der Krankheit, der wichtigste Teil der Krankenbehandlung — und die medizinische Wissenschaft hat auch ganz besonderen Wert darauf gelegt, die Hilfsmittel der Diagnose auszugestalten. So verfügt denn auch heute die Heilkunde über eine große Reihe diagnostischer Verfahren, die zum Teil recht umständlich sind und hohe Anforderungen an ihre Durchführung stellen. Häufig ist die Anwendung dem einzelnen Privatarzt nicht möglich, weil er nicht die

nötigen Einrichtungen und die nötige Zeit dazu besitzt. Vielfach sind die Verfahren derartig, daß sie nur großen Krankenanstalten möglich sind. Es tritt daher auch in der Heilbehandlung eine natürliche Neigung zum „Großbetrieb“ in die Erscheinung. Nun ist es aber noch nicht möglich, alle Kranken in eine Heilanstalt aufzunehmen, schließlich auch nicht nötig, wenn der gewünschte Zweck auf andere, einfachere Weise zu erreichen ist. Diese einfachere Methode ist die Errichtung besonderer Institute lediglich zur Feststellung der Diagnose. Sie bestehen schon in vielen Großstädten, ihre Inanspruchnahme ist aber mit ziemlichen Geldkosten verbunden und daher im allgemeinen nur den wohlhabenden Kranken möglich.

Es ist selbstverständlich, daß die Krankenkassen, die zur Krankenfürsorge für die schaffenden Stände bestimmten Körperschaften, ein großes Interesse an dieser Entwickelung der Dinge haben. Ihr Streben muß darauf gerichtet sein, die Errungenschaften der Heilwissenschaft auch ihren Pflegebefohlenen möglichst zukommen zu lassen. So haben denn auch bislang schon einige große Krankenkassen Veranstaltungen getroffen, die der Diagnose dienen. So besitzt z. B. der Ortskrankenkassenverband in Stuttgart ein chemisches Laboratorium, das im Jahre 1916 zusammen 3366 Harnuntersuchungen, 738 Wassermannsche Blutuntersuchungen, 728 Sputumuntersuchungen usw. vornahm. Die Mindestgebühren nach der Taxe für die Leistungen betrugen insgesamt 18 272 *M*, in Wirklichkeit erforderte das Institut nur 14 017 *M* an Aufwand. Mehrere Kassen, wie z. B. die Allgem. Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig, besitzen Röntgeninstitute und ähnliche Einrichtungen.

Eine bemerkenswerte Neuerung auf diesem Gebiete, die eine große Zukunft haben kann, hat die Allgem. Ortskrankenkasse Berlin mit der Errichtung ihres „Diagnostischen Instituts“ unternommen. Es hat den Zweck, die Diagnose der dem Institut überwiesenen kranken Kassenmitglieder festzustellen. In einem Rundschreiben an die Kassenärzte zur Bekanntgabe des neuen Unternehmens heißt es, daß in der Privatpraxis häufig die Hilfe von Laboratorien für medizinische diagnostische Untersuchungen in Anspruch genommen wird, daß aber bisher dem Kassenarzte gleiche Hilfsmittel nicht zur Verfügung stehen. Die Einrichtung sei entstanden aus dem Wunsche, einerseits dem überlasteten Kassenarzt seine Arbeitsfreudigkeit zu erhalten und zu erleichtern, anderseits auch dem Kranken die Beruhigung zu geben, daß alles geschieht, was zur Erkennung und Bekämpfung seiner Krankheit möglich ist. Bei Überweisungen von Patienten an das Institut (Berlin SW. 61, Blücherstraße 61) sowie bei Einsendung von Untersuchungsmaterial sind „Leitsätze“ einzuhalten, die von der Kasse aufgestellt sind. Einer Abstempelung der Überweisung des Kranken oder des Begleitscheins zum Untersuchungsmaterial durch die Kasse bedarf es **nicht**. Das Institut ist wochentäglich von 9 bis 7 Uhr geöffnet. Die Kasse weist besonders darauf hin, daß Kranke, die ausgehen dürfen, oder Angehörige von Kranken oft gern bereit sind, das Untersuchungsmaterial dem Institut zu überbringen.

In den 10 Leitsätzen wird u. a. darauf hingewiesen, daß für die Wassermannsche Reaktion mindestens 5 Kubikzentimeter Blut zu entnehmen sind, daß Urin und Sputum möglichst frisch einzusenden sei, daß Magensaft nur durch Boten unmittelbar nach Entnahme dem Institut zugestellt werden müsse usw. Bei bettlägerigen Kranken wird zur Entnahme von Material im dringenden Bedarfsfalle dem Arzt sachverständige Assistenz zur Verfügung gestellt. In einem „Merkblatt“, das für die Benutzung des Instituts noch herausgegeben worden ist, heißt es, für dessen Begründung sei namentlich das Bestreben ausschlaggebend gewesen, bei der Bekämpfung der beiden großen Volksseuchen, der Tuberkulose und der Syphilis, nichts außer acht zu lassen, was den Kampf fördern könne. Wenn es auch so selbstverständlich dem Ermessen der Ärzte überlassen bleiben solle, was sie dem Institute zur Untersuchung überweisen, so seien sie doch besonders darauf hingewiesen, daß 1. von jedem der Tuberkulose verdächtigen Kranken möglichst frühzeitig eine Untersuchung auf Tuberkelbazillen des entsprechenden Se- und Exkretes vorgenommen werden müsse, 2. bei jeder Erkrankung, die der Beginn oder die Folge einer syphilitischen Ansteckung sein könnte, eine Blutuntersuchung nach Wassermann bzw. der Versuch eines Nachweises von Spirochäten stattfinden müsse, 3. nach jeder ansteckenden Krankheit (Angina, Influenza, Gelenkrheumatismus usw.) eine mikroskopische Untersuchung des Harns sowie die Untersuchung auf Eiweiß vom Institut verlangt werden müsse. In der diagnostischen Anstalt wird jede Untersuchung registriert, so daß es dem Arzt jederzeit möglich ist, sich über die von ihm selbst angeordneten sowie über früher von anderen Ärzten veranlaßten Untersuchungen zu unterrichten.

Gerade die letztgedachte Einrichtung, durch die das Institut zu einer Auskunftsstelle über die Krankheitsgeschichte der einzelnen Kranken wird, dürfte wertvolle Dienste leisten. Nach alledem ist das Unternehmen jedenfalls freudig zu begrüßen und ihm recht viel Nachahmung zu wünschen. Die Errichtung eines solchen gehört mit zu den Vorteilen, die durch die Zentralisation der Krankenversicherung ermöglicht werden.

Änderungen des Rechts der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Reichsregierung plant, wie bereits die halbamtlichen Mitteilungen erkennen ließen, die im Anschluß an die Bundesratsverordnung vom 3. Januar d. Js. über Zulagen zu Renten aus der Invalidenversicherung veröffentlicht wurden, eine Änderung der die Beitragshöhe regelnden Bestimmungen des 4. Buches der RVO. Das hat zur Voraussetzung, daß darüber Bestimmung getroffen wird, ob und in welcher Höhe und Form über den Jahresschluß hinaus Rentenzulagen gewährt werden sollen.

Die Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten, die am 19. Januar d. Js. in Leipzig stattfand, hat sich bekanntlich auf den Standpunkt gestellt, daß die durch die Bundesratsverordnung eingeführten Rentenzulagen in dieser Form nicht über das Jahr 1918 hinaus gewährt werden dürften, und gefordert, daß die im laufenden Jahre erwachsenden Kosten endgültig vom Reiche getragen werden. Ein dahingehender Antrag ist auch bereits von Vertretern aller Parteien im Reichstage eingebracht und wird trotz des zu erwartenden Widerstandes des Reichsschatzamtes entsprechend den wiederholten früheren Reichstagsbeschlüssen zweifellos angenommen werden. Wenn das der Fall ist, dann würde nach § 3 des Ermächtigungsgesetzes die Aufhebung der Bundesratsverordnung vom 3. Januar d. Js. hinsichtlich der Bestimmungen, welche die Erstattung der vom Reiche gezahlten Rentenzulagen durch die Versicherungsträger anordnen, in Frage kommen und es würde dann wenigstens aus Anlaß der für das laufende Jahr gezahlten Zulagen einer Erhöhung der Beiträge nicht bedürfen. Jedenfalls würde der Bundesrat

aber nicht umhin können, sich mit dem Reichstage wegen der über das laufende Jahr hinaus zu zahlenden Rentenzulagen zu verständigen. Denn es ist nicht denkbar, daß der Reichstag sich mit der Festsetzung der Beiträge begnügt und es dem Ermessen des Bundesrats überläßt, wie die wohl von allen Seiten als geboten gehaltene Erhöhung der Renten für die weitere Kriegsdauer erfolgen soll.

Weiter erscheint es aber auch ausgeschlossen, daß die Kosten einer Erhöhung der Renten über deren der Beitragsleistung entsprechenden Betrag hinaus, zugunsten der früheren wie der jetzigen Versicherten, ausschließlich für Lasten des gegenwärtigen und künftigen Versichertenbestandes und der Arbeitgeber erfolge. Das Reich als Vertreter der Gesamtheit wird unter allen Umständen einen erheblichen Teil der Mehrbelastung, der nicht unter einem Drittel bemessen werden darf, auf sich nehmen müssen. Selbst dann würde noch eine Erhöhung der Versicherungsbeiträge um fast die Hälfte in Frage kommen, wenn man sich auf den Standpunkt der Regierung und des Reichstags stellt, daß die Renten um etwa die Hälfte erhöht werden müssen, und dabei nicht die Waisenrenten unberücksichtigt läßt, bei denen, abgesehen von den Renten der auch anderweit versorgten Kriegswaisen, eine Erhöhung am allerdringlichsten ist.

Einer die tatsächlichen Bedürfnisse berücksichtigenden Erhöhung der Renten stehen insbesondere aus dem Grunde außerordentlich große Schwierigkeiten entgegen, weil es sich um mehr als 1½ Millionen Rentenempfänger handelt, deren Verhältnisse geprüft werden müssen, eine Aufgabe, deren Bewältigung mit den durch die Einziehungen verminderten Beamtenkräften nicht durchführbar und überhaupt nicht gleichzeitig sondern nur auf eine längere Zeit verteilt, möglich ist.

Dem Reichstage und dem Bundesrat liegt bereits seit einigen Monaten eine Eingabe der Zentralstelle für Invalidenversicherung vor, welche die Tragung der Kosten der Rentenzulagen durch das Reich und eine dauernde Erhöhung der Renten anstrebt. Die Landesversicherungsanstalten bereiten dem Vernehmen nach eine eingehende Darlegung ihrer Ansichten bezüglich einer Änderung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vor.

Krankenbesucherinnen für weibliche Kranke.

Bei vielen Krankenkassen wird die Krankenaufsicht auch hinsichtlich der weiblichen Kranken noch von männlichen Krankenbesuchern ausgeführt. Die Frauenvereine aller Art legen großen Wert darauf, daß diese Krankenkontrolle von weiblichen Personen ausgeübt wird. Sie haben — wahrscheinlich auf zentrale Anregungen hin — an viele Krankenkassen den Antrag gestellt, weibliche Krankenbesucher anzustellen. Zur Begründung ihrer Eingaben bringen sie vor, daß bei der Beaufsichtigung weiblicher Kranker durch männliche Krankenbesucher mancherlei Unzuträglichkeiten entstehen und das weibliche Zartgefühl oft in Gefahr gerate, verletzt zu werden. Besonders könnten alleinstehende Frauen, zumal wenn sie bettlägerig sind und ihre Tür selbst öffnen müssen, in peinliche Lage kommen und auch übler Nachrede ausgesetzt werden. Geeignet für das Amt einer Krankenbesucherin wäre, — so betonen in der Regel die Eingaben — eine gebildete, sittlich gefestigte Frau, am besten eine Krankenschwester, der neben dem Interesse der Krankenkasse, das sie selbstverständlich zu vertreten habe, auch das Wohl ihrer Geschlechtsgenossinnen am Herzen liege und die imstande sei, ihnen gesundheitliche, wirtschaftliche und wohnungspflegerische Belehrungen zuteil werden zu lassen. Dadurch könne auch auf die so wichtige Vorbeugung von Krankheiten hingearbeitet werden. In der jetzigen Kriegszeit würde das für die Frauen und Mütter unseres Volkes von ganz besonderem Werte sein. Die Krankenkasse würde auf diese Weise nicht nur in materieller und hygienischer, sondern auch in kultureller und sozialer Hinsicht fördernd wirken.

Von einer Anzahl großer Ortskrankenkassen sind auch, vereinzelt schon seit Jahrzehnten, meist aber erst in neuerer Zeit, Krankenbesucherinnen angestellt worden. Bei der Wichtigkeit der Angelegenheit sei das Ergebnis einer kleinen Umfrage über die Erfahrungen mit der Einrichtung hier mitgeteilt. Die Allgem. OKK. in B. schreibt: „Wir beschäftigen gegenwärtig sieben weibliche Krankenbesucher, für welche dieselbe Dienstanweisung gilt wie für die männlichen. Unser Kassenbezirk ist von uns in eine Reihe Unterbezirke geteilt und die mit der Krankenkontrolle beauftragte Person hat alle in ihrem Bezirk wohnenden erwerbsunfähigen kranken Mitglieder zu besuchen. *Die Erfahrungen, die wir seit einer Reihe von Jahren gemacht haben, sind günstig.* Für eine Reihe von Aufgaben, welche von uns für den Krankenbesuch festgelegt sind, eignet sich die Frau noch mehr wie der Mann. Ganz besonders gilt das für die Unterweisungen, die bezüglich der Wohnungspflege und anderer hygienischer Maßregeln zu erteilen sind. Voraussichtlich werden wir in Bälde die schwangeren Mitglieder unserer Kasse, die Unterstützungen beziehen, nur durch weibliche Angestellte besuchen lassen.“ — Ein örtlicher Kassenverband schreibt: „Unter den rund 137 000 Versicherten der drei Kassen unseres hiesigen Kassenverbandes befinden sich rund 70 000 weibliche. Die Krankenaufsicht wird nach Geschlechtern getrennt ausgeübt mit Ausnahme der auf dem Lande wohnenden Erkrankten, die durch männliche Krankenbesucher kontrolliert werden. Für die weiblichen Erkrankten sind acht festangestellte Krankenbesucherinnen vorhanden, denen noch zehn Hilfs-Krankenbesucherinnen beigegeben sind. Letztere haben keinen festen Gehalt, sie werden vielmehr nur nach der Zahl der besuchten Kranken entschädigt; sie üben lediglich in den Abendstunden eine sogenannte fliegende Kontrolle aus. Die Anstellung der ständigen Krankenbesucherinnen erfolgt mit einem Anfangsgehalt von 1000 ℳ jährlich steigend um 50 ℳ bis zum Höchstbetrag von 1500 ℳ; daneben werden zur Zeit noch Teuerungszulagen gewährt. Mit der schon seit Jahren eingeführten weiblichen Kontrolle haben wir *sehr gute Erfahrungen gemacht*; Voraussetzung ist natürlich, daß die zu bestellenden Krankenbesucherinnen die nötige Intelligenz besitzen, um die mannigfachen Aufgaben richtig erfüllen zu können.“ — Die Allgemeine OKK. zu B. beschäftigt zur Zeit 15 männliche und 3 weibliche Krankenbesucher. Letztere sind erst seit 1. Januar 1918 angestellt. Ob und wie sie sich bewähren, sei nach so kurzer Zeit nicht zu beurteilen. Die drei Krankenbesucherinnen wurden ausschließlich und auch nur im Innern der Stadt zur Beaufsichtigung der weiblichen Krankenkassenmitglieder verwendet. Dagegen werden auch weibliche Mitglieder, die in größerer Entfernung vom Innern der Stadt wohnen, nur durch männliche Krankenbesucher beaufsichtigt. — Eine besondere OKK. in H. teilt mit, daß sie, obgleich sie sehr viel weibliche Mitglieder besitzt, weibliches Aufsichtspersonal noch nicht eingestellt habe. Die Kontrolle werde lediglich von männlichen Krankenbesuchern ausgeübt. Dagegen habe die Kasse

eine Fürsorgebeamtin eingestellt, lediglich zu dem Zwecke, den Wöchnerinnen und den an Schwangerschaftsbeschwerden Erkrankten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Die Aufgaben einer Fürsorgebeamtin unterscheiden sich demnach wesentlich von derjenigen einer Krankenbesucherin; irgendwelche Kontrollbeobachtungen werden von der Beamtin, der auch die Bezeichnung Säuglingsfürsorgeschwester beigelegt werden könne, nicht wahrgenommen. — Die Allgem. OKK. in M. teilt mit, daß sie auf Drängen der Frauenvereine bereits im Jahre 1914 eine Krankenbesucherin versuchsweise eingestellt habe. „Bevor aber ein abschließendes Urteil gefällt werden konnte, zwang der Weltkrieg zur Inanspruchnahme weiterer weiblicher Hilfskräfte. Seit geraumer Zeit sind daher vier Krankenbesucherinnen tätig, die ihren Dienst in einfacher Weise versehen. Besondere Anforderungen in der Ermittelung wichtiger Sachlagen werden auch gestellt, aber das Fehlen der Kenntnis aller Rechtsbeziehungen der Versicherten bildet ein wesentliches Hindernis für diese wünschenswerte Betätigung solcher Hilfskräfte. Die erfahrenen und interessierten männlichen Angestellten dieser Art leisten der Kasse wertvollere Dienste. Immerhin mag eine mehrjährige Tätigkeit und ein besseres Eindringen in die besonderen Aufgaben des Dienstes und die Beschäftigung mit dem für diesen Beruf nötigen Wissen über Kranken- und Gesundheitspflege auch die weiblichen Hilfskräfte dahin bringen, daß sie den männlichen Angestellten gleichwertig zu erachten sind. Dazu gehört allerdings, daß die Krankenbesucherinnen diese Stellungen nicht als Durchgangs- oder Notstellungen betrachten, sondern sie sich als Lebensberuf erwählen. Nur unter dieser Voraussetzung wird nach den hiesigen Erfahrungen die weibliche Arbeitskraft nutzbringend verwendet werden können. Alle gelegentlichen Hilfeleistungen sind abzuweisen, weil bei diesen alle Voraussetzungen zur erforderlichen Betätigung fehlen und der nötige Ernst und Antrieb zur Vertiefung in die besonderen Aufgaben des Dienstes in den meisten Fällen nicht vorhanden ist." — Die Allgem. OKK. zu Sch. teilt mit, daß sie eine Fürsorgeschwester beschäftigt, welcher die Beaufsichtigung der Wochen- und Säuglingspflege obliegt. Es käme der Kasse nicht allein darauf an, ihr besonderes Interesse zu bekunden, soweit die Satzung oder die Bestrebungen der öffentlichen Fürsorgestellen es erfordern, sondern sie wollte durch ständige Kontrolle der Versorgung des Säuglings und des Verhaltens der Mutter außerordentliche Hilfe bringen. Daneben führt die Schwester bei den weiblichen Mitgliedern in besonderen Fällen Besuche aus. Davon kann nur beschränkt Gebrauch gemacht werden, es sind aber doch damit bei den Dienstherrschaften, mit denen der Umgang nicht leicht ist, Schwierigkeiten aus dem Wege geräumt worden, denen ein männlicher Krankenbesucher nicht gewachsen gewesen wäre. Da bei der Kasse 22 000 weibliche Mitglieder versichert sind, wird die Fürsorgearbeit immer nur in bescheidenen Grenzen geleistet, wenn nur eine Schwester beschäftigt wird. Die Anstellung der Schwester erfolgt nach der Dienstordnung, das Gehalt beträgt 2100 bis 3325 *M.* — Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen äußerte sich dahin, daß, soweit er übersehen könne, die Erfahrungen mit der Anstellung weiblicher Krankenbesucher durchaus günstig zu nennen sind und sie daher in größeren Orten dringend geboten erscheine.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Haftung des Ehemannes a) für Kassenbeiträge der Frau? b) für irrtümlich gewährte Wochenhilfe?

1. Nach Bonn. Frage: a) Freiwillig versicherte Ehefrauen bleiben öfter mit Zahlung ihrer Beiträge im Rückstande und werden dann auf Grund des § 314 RVO. als Mitglieder gelöscht. Die zwangsweise Beitreibung der Beiträge für die beiden letzten Zahlungsperioden ist vielfach aussichtslos, wenn sie gegen die Frau gerichtet wird. Ist der Ehemann in solchen Fällen verpflichtet die entstandenen Beiträge zu zahlen? Auf Grund des § 1360 BGB. muß der Mann der Frau Unterhalt gewähren, dazu gehört auch Krankenpflege im Falle der Krankheit. Hat nun die Frau selbständig eine Versicherung mit der Krankenkasse abgeschlossen, so hat sie hiermit dem Manne für die Zeit der Versicherung die Pflicht zur Gewährung der Krankenpflege abgenommen; infolgedessen dürfte nach unserer Ansicht der Mann auch verpflichtet sein, die durch das Versicherungsverhältnis der Frau entstandenen rückständigen Beiträge an die Kasse zu zahlen.

b) In einem anderen Falle hat die Frau durch Irrtum der Kasse einen Betrag an Wochenhilfe zuviel erhalten und zahlt diesen auf Aufforderung nicht zurück. Die Beitreibung von ihr erscheint aussichtslos. Der Mann ist aber in der Lage zahlen zu können. Würde auch in diesem Falle der Mann zur Rückzahlung des Betrages auf Grund seiner Verpflichtung zur Unterhaltsgewährung verpflichtet sein?

Antwort: Gemäß § 1388 BGB. haftet beim gesetzlichen Güterstand der Ehemann für Verbindlichkeiten der Frau nur, soweit er sie der Frau gegenüber nach §§ 1385—1387 zu tragen hat. Von den dort genannten Vorschriften käme nur § 1386 Abs. 1 Satz 2 in Betracht. Danach ist der Mann gegenüber der Frau verpflichtet, wiederkehrende Leistungen jeder Art zu tragen, sofern sie bei ordnungsmäßiger Verwaltung aus den Einkünften des Eingebrachten bestritten werden. Das trifft für die Kassenbeiträge zunächst dann nicht zu, wenn sie aus einer auf Grund des Beitrittsrechts bestehenden freiwilligen Mitgliedschaft geschuldet werden; denn dann werden sie regelmäßig aus dem Arbeitsverdienst der Frau beglichen

werden, d. h. aus ihrem Vorbehaltsgut (§ 1367 RVO.). Hat sie sich aber freiwillig weiterversichert, ohne in einem Arbeitsverhältnis zu stehen, so wird es darauf ankommen, ob sie Eingebrachtes besitzt, aus dem sie Einkünfte bezieht. In diesem Falle würde eine ordnungsmäßige Verwaltung es freilich mit sich bringen, daß die Beiträge aus diesen Einkünften bestritten werden, und dann würde der Mann gemäß § 1386 BGB. auch persönlich haften. Besitzt aber die Ehefrau überhaupt kein Eingebrachtes, aus dem Einkünfte erzielt werden, so ist die Voraussetzung des § 1386 Abs. 1 Satz 2 nicht erfüllt, und damit würde die persönliche Haftung des Ehemannes entfallen. Aus dem von Ihnen angeführten Grunde läßt sich diese nicht herleiten. Zu dem Unterhalt, den der Mann der Frau zu gewähren hat, gehört freilich im Krankheitsfalle auch Krankenpflege, nicht aber die Versicherung gegen Aufwendungen, die im Krankheitsfalle zu machen sein würden. Der Mann ist nicht verpflichtet, seine Frau gegen Krankheit zu versichern. Es muß seinem Ermessen überlassen bleiben, ob er das Risiko der Aufwendungen für Krankenpflege voll tragen will.

b) Wegen der Wochenhilfe, die die Kasse irrtümlich geleistet hat, braucht der Ehemann nicht Ersatz zu leisten. Zwar mag er dadurch selbst Aufwendungen erspart haben. Aber die Zuwendungen der Kasse sind seiner Frau zugekommen, nicht unmittelbar ihm. Die Anwendung der Grundsätze über ungerechtfertigte Bereicherung setzt indessen voraus, daß die Vorteile aus dem Vermögen des Geschädigten unmittelbar in das Vermögen des Bereicherten gelangt sind.

Versicherungspflichtige Beschäftigung eines selbständigen Kaufmanns während des Krieges.

2. Nach H. S. Antwort: Der Kaufmann, der sein Kolonial- und Strumpfwarengeschäft während der Kriegszeit im wesentlichen durch seine Frau und seine Kinder versehen läßt, selbst aber gegen einen monatlichen Entgelt von 125 *M* bei der Gemeinde mit Verteilung der Lebensmittel an die Kaufleute und mit Ausfertigung der Rechnungen beschäftigt ist, ist krankenversicherungspflichtig. Wir verweisen hinsichtlich ähnlicher Fälle auf die Entsch. des RVA. 2040 in ArbVers. 1915 S. 514 und auf unsere Auskunft 1916 S. 119 Ziff. 3.

a) Erlöschen der Mitgliedschaft eines Unständigen, der in Belgien Kriegshilfsdienste leistet. b) Kassenzugehörigkeit der Park- und Friedhofsgärtner.

3. Nach Fürstenwalde. Frage: a) Ein unständig Beschäftigter hat in Belgien Kriegshilfsdienst geleistet. Er war weder bei der Kasse noch polizeilich abgemeldet; infolgedessen wurden Kassenbeiträge eingezogen. Nachträglich gab der Kommunalverband der Kasse Kenntnis von der Beschäftigung des unständig Versicherten und verlangt unter Hinweis auf §§ 447 und 312 RVO. Zurückerstattung der Beiträge. Muß dem Ersuchen Folge gegeben werden?

b) Im städtischen Park und auf den Friedhöfen wird eine Anzahl Personen beschäftigt. Dieselben sind bei der Landwirtschaftlichen Gärtnerei-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert. Müssen sie bei einer Landkrankenkasse angemeldet werden?

Antwort: a) Wir halten den Anspruch für begründet. Bei unständigen Arbeitern kommt, wie bei ständigen, für die Frage der Versicherungspflicht grundsätzlich nur eine Beschäftigung im Inlande in Betracht. Verlegt der Versicherte nicht nur vorübergehend seine Beschäftigung ins Ausland, so steht dies einem Aufgeben der unständigen Beschäftigung im Sinne des § 447 Abs. 1 RVO. gleich, und er ist sowohl aus diesem Grunde als auch deshalb, weil er aus dem Kassenbezirk verzogen ist (Abs. 2), im Mitgliederverzeichnis zu löschen. Die Mitgliedschaft aber erlischt in solchen Fällen auch dann, „wenn die Löschung im Verzeichnis zu Unrecht unterbleibt, beispielsweise deshalb, weil die Kasse von der Tatsache, die das Erlöschen bewirkt, keine Kenntnis erhalten hat“ (Begr. S. 234 zu § 475 des Entw.; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 447 RVO.).

b) Wir verweisen auf die Berichtigung im Heft 13 S. 255 Ziff. 1.

Freiwillige Krankenversicherung der nach § 169 RVO. Befreiten.

4. Nach Forst (Lausitz). Antwort: Die nach § 169 RVO. Befreiten sind „versicherungsfrei“ im Sinne des § 176 und können daher der Versicherung freiwillig beitreten. Dies ist in der Begründung zum Entwurf der RVO. (S. 152) ausdrücklich hervorgehoben. Beruht die Versicherungsfreiheit nach § 169 darauf, daß den bei der Gemeinde Beschäftigten Fortbezug von Gehalt gewährleistet ist, so kann ihnen, wenn sie sich, sei es nach §§ 276, 310 oder nach § 313 freiwillig versichern, weder von der Gemeinde das Gehalt wegen des Krankengeldbezugs noch von der Kasse das Krankengeld wegen des Gehaltsbezugs versagt oder gekürzt werden. Eine „Doppelversicherung“, die eine Krankengeldkürzung nach § 189 rechtfertigen würde, liegt nicht vor; denn der Fortbezug des Gehalts beruht auf dem Dienstverhältnisse, nicht auf einer Versicherung.

Unpünktliche Erhebung des Krankengeldes darf — auch bei knappschaftlichen Krankenkassen — nicht mit Strafe bedroht werden.

5. Nach H. Antwort: Auf Grund der Reichsversicherungsordnung würde die Frage folgendermaßen zu beurteilen sein: Nach § 347 RVO. ist durch die Krankenordnung unter anderem das „Verhalten“ der Kranken zu regeln, und nach § 529 kann der Vorstand der Kasse gegen einen Versicherten, der die Krankenordnung übertritt, Strafen festsetzen. Das betrifft aber nur das Verhalten des Kranken hinsichtlich seiner Krankheit; denn die Vorschrift bezweckt lediglich die Kassen dagegen zu sichern, daß der Kranke nicht seine Genesung erschwere (zu vgl. Stenogr. Ber. S. 2988 zur Nov. v. 1892 zum KrVersGes.). Hiernach ist es unzulässig, in der Satzung zu bestimmen, daß „jedes krankfeiernde Mitglied das Krankengeld an jedem Zahltage in Empfang nehmen“ muß, und die Mitglieder für den Fall der Übertretung mit Strafe zu bedrohen. Es gibt keine gesetzliche Vorschrift, welche die Kasse hierzu ermächtigte. Das wäre auch eine Härte. Denn die Kranken werden oft gar nicht in der Lage sein das Krankengeld regelmäßig selbst abzuheben oder es durch andere erheben zu lassen. Ihr Recht auf wöchentliche Auszahlung des Krankengeldes (§ 210 RVO.) darf nicht in eine Pflicht verkehrt werden, und es darf ihnen nicht ein Rechtsnachteil erwachsen, wenn sie das Krankengeld erst nach ihrer Genesung erheben. — Es fragt sich nur, ob gleiche Grundsätze auch für die knappschaftlichen Krankenkassen gelten. In den für sie maßgebenden §§ 495 bis 502 RVO. sind die §§ 347, 529 RVO. nicht als anwendbar bezeichnet. Die Frage ist daher nach Landesrecht, im vorliegenden Falle nach dem

preuß. Knappschaftsgesetz zu beurteilen, und aus diesem ist eine zweifelsfreie Auskunft nicht zu entnehmen. Wir meinen aber, daß man auf Grund des § 13 zu dem gleichen Ergebnis kommen muß, wie nach der RVO. Nach Abs. 1 dieses Paragraphen können die knappschaftlichen Krankenkassen das Krankengeld anders als wöchentlich, längstens jedoch halbmonatlich zahlen. Auch diese Vorschrift regelt nur das Recht der Versicherten auf regelmäßige Zahlung, ohne ihnen die Pflicht regelmäßiger Abhebung aufzuerlegen. Wenn dann im Abs. 7 desselben Paragraphen „der Höchstbetrag einer nach der Satzung wider ein Mitglied zu verhängenden Ordnungsstrafe", entsprechend dem § 529 RVO., auf den dreifachen Betrag des täglichen Krankengeldes festgesetzt ist, so ist anzunehmen, daß auch die Ermächtigung der Satzung zur Androhung von Ordnungsstrafen überhaupt sich auf Verletzung von Pflichten beschränkt, die sich aus dem Gesetz unmittelbar oder wenigstens mittelbar ergeben, und daß die Versicherten jedenfalls nicht deshalb mit Strafen bedroht werden dürfen, weil sie ein Recht (die Krankengelderhebung) nicht pünktlich und regelmäßig ausüben.

Sonn- und Feiertage als Arbeitstage für Vollstreckungsbeamte.

6. **Nach Graudenz.** Antwort: Es ist richtig, daß Vollstreckungshandlungen und Zustellungen an Sonntagen und Feiertagen nur ausnahmsweise stattfinden sollen. Aber die Möglichkeit hierzu besteht doch. Darum muß der Vollstreckungsbeamte auch an Sonn- und Feiertagen zur Verfügung stehen. und das genügt, um für ihn die Sonn- und Feiertage zu Arbeitstagen zu machen. Der Magistrat hat demnach recht, wenn er bei Feststellung der Kassenzugehörigkeit das Monatsgehalt des Vollstreckungsbeamten durch 30 teilt. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 7b zu § 182; Preuß. Oberverwaltungsgericht in ArbVers. 1903 S. 513; ferner ArbVers. 1909 S. 671 Ziff. 7.)

Zuweisung der Hausgewerbtreibenden an besondere Ortskrankenkassen und an Betriebskrankenkassen?

7. **Nach Neiße.** Frage: Demnächst soll hier die hausgewerbliche Krankenversicherung durch Ortsstatut wieder eingeführt werden (§ 3 des Ges. v. 4. 8. 14). Darf das Ortsstatut eine Bestimmung enthalten, wonach die für das Handelsgewerbe tätigen Hausgewerbtreibenden bei der besonderen Ortskrankenkasse für die im Handelsgewerbe beschäftigten Personen, dagegen die für die Firma Bl. tätigen Hausgewerbtreibenden bei der Betriebskrankenkasse dieser Firma zu versichern sind?

Antwort: Die Frage ist zu verneinen. Wenn nach § 3 Abs. 2 des Ges. die hausgewerbliche Krankenversicherung durch statutarische Bestimmung geregelt werden kann, so schließt das freilich auch die Regelung der Kassenzugehörigkeit ein (zu vgl. Bescheid des preuß. Handelsmin. in ArbVers. 1915 S. 564), aber es ist selbstverständlich, daß die Freiheit der Bestimmung über diesen Punkt begrenzt ist durch die gesetzlichen Vorschriften über den Wirkungskreis der einzelnen Krankenkassen und durch die auf Grund solcher Vorschriften erlassenen Satzungen. Nach der zwingenden Vorschrift des § 243 RVO. gehören in die besondere Ortskrankenkasse nur diejenigen Gruppen von Versicherungspflichtigen, für welche die Kasse nach ihrer Satzung besteht; die Satzung kann den Mitgliederkreis nicht erweitern. Daher können die Hausgewerbtreibenden nicht der bezeichneten besonderen Ortskrankenkasse zugewiesen werden, weil sie zwar „für" Handelsbetriebe, aber nicht „im" Handelsgewerbe beschäftigt sind; denn der Hausgewerbtreibende ist begrifflich ein selbständiger Gewerbtreibender, der in seinem Betriebe, wenngleich im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbtreibender arbeitet (§ 162 RVO.). Wie hiernach die Hausgewerbtreibenden und ihre Hilfspersonen nicht der besonderen Ortskrankenkasse für die „im Handelsgewerbe" Beschäftigten zugewiesen werden können, so können auch die für eine Firma hausgewerblich Beschäftigten nicht der Betriebskrankenkasse dieser Firma angehören, weil sie nicht, wie § 245 Abs. 3 RVO. voraussetzt, „im Betriebe", sondern nur im Auftrag und für Rechnung der Firma beschäftigt sind.

Kriegswochengeld selbstversicherter Wöchnerinnen.

8. **Nach Kempten.** Antwort: Hat die gegen Krankheit versicherte Wöchnerin Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO., so ist es ihr im satzungsmäßigen Betrage des Krankengeldes von 3,20 *M* auch für Sonn- und Feiertage zu zahlen, wenngleich nach der Satzung das Krankengeld für solche Tage nicht zu zahlen wäre (Entsch. des RVA. 2245 Amtl. Nachr. 1916 S. 623, ArbVers. 1916 S. 651, 1917 S. 10). Ein Kriegswochengeld für Rechnung des Reichs kommt in diesem Falle nicht in Frage (§ 5 Bek. v. 3. 12. 14; RVA. 2305 Amtl. Nachr. 1917 S. 256, ArbVers. 1917 S. 323). Hat aber die Versicherte keinen Anspruch aus § 195 RVO., sondern nur auf Kriegswochenhilfe, so beträgt das Wochengeld 1,50 *M* für den Tag (Bek. v. 6. 6. 17) und wird in dieser Höhe vom Reich erstattet. Danach ist unverständlich, wie in diesem Fall in Frage kommen könnte, ob die Kasse für die Wochentage 3,20 *M* und für die Sonn- und Feiertage 1,50 *M* oder auch für diese Tage 3,20 *M* zahlen muß, ohne einen Erstattungsanspruch gegen das Reich zu haben.

Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse für Krankenhauspflege.

9. **Nach Jüterbog.** Antwort: Eine Abänderung des § 1533 Ziff. 3 RVO. dahin, daß für den Unterhalt im Krankenhause nicht mehr die Hälfte des Grundlohns, sondern die Hälfte des Krankengeldes zu erstatten sei, ist nicht erfolgt. Der Anfrage liegt vielleicht ein Mißverständnis zugrunde. Man hat nämlich zu unterscheiden zwischen dem Umfange des Ersatzanspruchs des Armenverbandes und dem Maße des Zugriffs auf Krankengeld. Nur für den Umfang des Ersatzanspruchs ist der halbe Grundlohn maßgebend. Für die Befriedigung des so berechneten Anspruchs aus dem Krankengelde sind dagegen die §§ 1506, 1507 maßgebend. Danach darf laufendes Krankengeld nur bis zum halben Betrage vom Armenverbande in Anspruch genommen werden (§ 1506 Abs. 1), während die andere Hälfte dem Versicherten verbleibt; auf rückständiges Krankengeld dagegen kann der Armenverband in voller Höhe zur Befriedigung seines Anspruchs zugreifen.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1209 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 21. Mai 1918 | Heft 15

Der Kampf gegen den Geburtenrückgang, seine Aussichten und seine Zukunft.

Vom Geheimen Regierungsrat Dr. jur. Reuscher in Stettin.

Man hört die Kinderscheu, die eigentliche Wurzel und Ursache[1]) des seit etwa einem halben Menschenalter auch in Deutschland beobachteten Geburtenrückgangs, nicht selten als eine Seuche bezeichnen. Mit vollem Recht; hat sie doch nicht nur die Schnelligkeit der Ausbreitung und die heut kaum noch von jemand geleugneten unheilvollen Folgen, sondern namentlich auch die Schwierigkeit der Bekämpfung mit diesen noch vor 30 Jahren kaum angreifbaren Geißeln der Menschheit gemein. Und wie gegen diese, so hat man auch gegen die Kinderscheu den Kampf begonnen, dem jeder Vaterlandsfreund von ganzem Herzen Erfolg und Gelingen wünscht, den man aber desto schärfer auf die Vollständigkeit und Wirksamkeit der angewendeten oder in Aussicht genommenen Bekämpfungsmittel untersuchen muß.

Diese Untersuchung ist nun zwar, was die Einsicht in die Größe der Gefahr und den immer zunehmenden guten Willen zu ihrer Bekämpfung anlangt, sehr viel weniger aber hinsichtlich der Auswahl und der Handhabung der Gegenmittel geeignet, Zutrauen zu erwecken für den Ausgang des Kampfes. Denn sie läßt den Unbefangenen sehr bald erkennen, daß auch auf diesem Gebiete, ganz wie bis vor kurzem in der Heilkunde, veraltete Mittel unverdientes Ansehen genießen, wichtige Punkte aber übersehen werden, oder doch bei weitem nicht nach ihrer vollen Bedeutung gewürdigt sind.

Als nicht mehr zeitgemäß sollte man vor allem erkennen das übermäßige Betonen und in den Vordergrundstellen des moralischen Elements, wie es in der Brandmarkung Kinderloser oder Kinderarmer immer wieder zutage tritt, zumal wenn diesen, wie es häufig geschieht, bewußte Abtrünnigkeit von der kernhaften Art und Vortrefflichkeit früherer Geschlechter zum Vorwurf gemacht wird. Solche Lobreden auf vergangene Zeiten haben immer ihr mißliches, erscheinen aber völlig unangebracht auf einem Gebiete, das so offenbar von dem Wechsel der Zeitverhältnisse berührt ist wie das hier in Frage kommende. Sie sind aber auch tatsächlich ungerechtfertigt; den größeren Kinderreichtum früherer Zeiten erklärt zwanglos eine Reihe anderer Umstände wie z. B. die dazumal allgemein größere Harmlosigkeit und Unbekümmertheit, die aus der größeren Kindersterblichkeit wie nach einem Reserven schaffenden Naturgesetz sich ergebende lebhaftere Kinderfreundlichkeit[1]) und nicht zum

---

[1]) Daß wir es in dem Geburtenrückgange in der Hauptsache mit etwas Gewolltem zu tun haben und deshalb von der, aus anderen Gründen so sehr erwünschten Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf unserem Gebiete nicht viel erwarten dürfen, kann als bekannt vorausgesetzt werden.

[1]) Ein solches Naturgesetz, nach welchem hohe Kinder- und namentlich Säuglingssterblichkeit Folge und zugleich Ursache zunehmender Geburtenhäufigkeit ist, muß vermutet werden, wird auch in der Tat von manchen angenommen.

wenigsten die sehr viel geringere Verbreitung der Kenntnis der Einschränkungsmittel. Auf andere Gründe wird später noch zu kommen sein. Alles in allem genommen waren eben jene früheren Geschlechter wie in anderer, so auch in dieser Hinsicht wohl nicht besser und charaktervoller als unsere Zeitgenossen, die man deshalb nicht so schlechtweg „Egoisten und zaghafte, rechnende und sich verrechnende kalte Verstandesmenschen" schelten sollte. Man findet ja auch in alten Briefen aus kinderreichen Familien neben fröhlichen Äußerungen unbeirrter Zuversicht gar nicht selten Klagelieder über die ständige Kleinkinderwirtschaft, die ewige Sorge mit Kinderkrankheiten und Kindererziehung, über Darniederliegen der Wirtschaft und Hinsiechen der Mutter unter dem Einfluß der vielen Wochenbetten, Klagelieder, vor denen man sich des Gedankens nicht erwehren kann, daß damals Unkenntnis und mangelnde Gelegenheit ganz wesentlich an dem günstigen Ergebnis für die Volksvermehrung beteiligt gewesen sind.

Dabei soll allerdings durchaus nicht die unerfreuliche Erscheinung der Zunahme des Mißbrauchs der Ehe im Sinne völliger oder doch zeitweiliger bewußter Kinderlosigkeit in Abrede gestellt werden. Die ekle Neunmalklugheit „Was sollen wir mit Kindern, wir leben ja so viel besser!", das, schon von Zola (Féconditè) so unbarmherzig verspottete alberne „Kinder kommen später immer noch zur Zeit" haben ganz offenbar unter unserer Jugend eine höchst bedauerliche Verbreitung erlangt. Man begegnet diesen Entartungserscheinungen bei hoch und niedrig, leider auch schon immer häufiger auf dem Lande und, was das Übelste ist, eher noch dort, wo gute Vermögenslage, guter Verdienst gerade die entgegengesetzten Empfindungen wachrufen sollten. Daß aber recht, recht häufig die Dinge keineswegs so einfach liegen, die moralische Entrüstung oft genug ganz und gar nicht am Platze ist und überdies eher schadet als nützt, glaube ich später nachweisen zu können. Und deshalb möchte ich mich durchaus gegen alle Vorschläge erklären, die auf eine Bestrafung der Kinderarmen, sei es durch Sonderbesteuerung oder sonstige Vermögensnachteile, sei es durch Zurücksetzung bei Beförderungen, Stellenbesetzungen usw. hinauslaufen. Ein derartiges Vorgehen würde, weil Unterschiede, durch Feststellung, ob willkürliche oder unverschuldete Beschränkung der Kinderzahl vorliegt, nicht gemacht werden könnten, eine Unsumme von Verbitterung und Verärgerung erzeugen. Sie soll man sich aber hüten mutwillig heraufzubeschwören, am wenigsten für ein so hohes Ziel, zu dessen Erreichung wahre Gerechtigkeit, die noch immer „ein Volk erhöhet", nie auf das Auskunftsmittel der Einschüchterung wird zurückgreifen wollen. Und diese Einschüchterung bietet überdies wenig Aussicht auf Erfolg, vielmehr werden alle solche Zwangsmaßnahmen, da man sich zu dem heroischen Mittel des Trennens tauber Ehen von Amts wegen, der zwangsweisen Wiederverheiratung u. dgl. doch nicht aufschwingen wird, mehr oder weniger bloße Nadelstiche und als solche zur Erfolglosigkeit verurteilt bleiben. Letzteres möchte ich selbst von der schärfsten aller meines Wissens auf diesem Gebiete bisher vorgeschlagenen Maßnahmen, der Einsetzung des Reichs oder des Staats als Miterben oder Pflichtteilberechtigten bei weniger als drei Kindern, annehmen. Gegen diese lassen sich übrigens gerade unter dem Gesichtspunkt ihrer Einwirkung auf den „Willen zum Kinde", wie später zu zeigen sein wird, die allerschwersten Bedenken erheben, wenngleich sie, soweit es in der gegenwärtigen oder einer ihr auch nur verwandten Gesellschaftsordnung überhaupt möglich ist, an Schärfe nicht weit hinter jenem oben gestreiften „heroischen" Mittel zurückbleibt und also wohl den heilsamen Schrecken, auf dessen Wirkung ihre Befürworter rechnen, hervorrufen könnte.

Eher noch könnte man sich mit dem Gedanken an Bevorzugung kinderreicher

Familien[1]) in der Steuer, bei der Festschüssen usw., durch Zuschußrenten der setzung von Gehältern, Wohnungsgeldzusozialen Versicherung, befreunden, wenn diesen nicht durch die Natur der Dinge Schranken gesetzt wären, innerhalb deren sie einen nennenswerten Einfluß auf die Hebung der Geburtenzahl höchstwahrscheinlich nie werden ausüben können. Daß man für ein und dieselbe Tätigkeit ganz unmöglich je nach dem Familienstande grundsätzlich verschieden hohes Entgelt (Gehalt) zahlen kann, hat noch kürzlich der Verbandstag der Deutschen Beamtenvereine, der doch sicherlich solchen Anregungen sympathisch gegenübersteht, anerkannt. Es wird deshalb kaum mehr auf diesem Gebiete sich erreichen lassen, als Kinder z u l a g e n in der oder jener Gestalt und andere Wohlwollensbekundungen. Diese sind, ebenso wie Zuschußrenten aus der Arbeiterversicherung oder die bei weitem noch nicht genügend in ihrer Wichtigkeit erkannte Schaffung von angemessenen Kinder-Unterbringungsmöglichkeiten in Internaten und Pensionaten aller Art, gewiß für den Kinderreichen erfreulich und schätzbar, werden aber niemals ausreichend sein zur Bekehrung schwankender, der Nachkommenschaftbeschränkung zuneigender Gemüter. In steuerlicher Hinsicht dagegen könnte doch nur völlige Freilassung kinderreicher Familien eine solche Wirkung haben; die sonst denkbaren, allerdings ohne Zweifel noch eines erheblichen Ausbaues fähigen, Steuererleichterungen, wie sie sich in Ansätzen in unserer Steuergesetzgebung finden, mindern zwar die Staats- und Gemeindeeinnahmen ganz empfindlich, stehen aber mit ihrem sonstigen Ergebnis sämtlich in völligem Mißverhältnis zu den Kosten der Kindererziehung. Vor allem aber nimmt ihre Wirkung nach oben hin ab, indem die kleine Entlastung mit dem höheren Einkommen schnell ihren bescheidenen Wert einbüßt. Zudem bietet die zur Zeit herrschende Richtung der Gesetzgebung und Verwaltung die denkbar geringsten Aussichten auf Einführung wirksamerer Vergünstigungen, wenigstens für höhere Einkommenklassen. Auf die Verwirklichung völliger Freilassungsvorschläge wird aber angesichts des kommenden sehr starken Geldbedürfnisses aller öffentlichen Körperschaften nur kindlichste Harmlosigkeit zu rechnen wagen.

Es erweist sich sonach bei näherem Zusehen als wenig aussichtsvoll, dem Rückgange der Geburten durch Gewährung geldlicher Vorteile oder Androhung ebensolcher Nachteile entgegenzutreten. Wohl aus dieser Erkenntnis heraus haben sich wohlmeinende, warmherzige Vaterland- und Menschenfreunde der Aufgabe unterzogen, ihren Mitbürgern die dem Kinderreichtum durch und an sich selbst eigenen V o r t e i l e zum Bewußtsein zu bringen. Sie weisen darauf hin, welche hohe Bedeutung eine starke Familie mit ihren nach und nach sich mehrenden Arbeitskräften für den Erwerb der Eltern und für die Sicherstellung von deren Zukunft hat und wie auch sonst Kindersegen ethisch und moralisch unerreicht dasteht. Leider müssen aber auch sie damit rechnen, daß zunächst für alle diejenigen, deren Alter durch Pensionszusicherung oder durch Versorgungsansprüche aus anderer Quelle (Altersrente, Altenteil, selbsterworbene Rente für das Alter u. dgl.) sichergestellt ist, die Sparkasse, mit welcher sie die Nachkommenschaft vergleichen, stark an Bedeutung verliert. Ebenso ist nicht zu verkennen, daß für ganze Bevölkerungsschichten, z. B. für alle Beamten, viele Geschäftsleute und Handwerker in Stadt und Land, sogar auch für nicht wenige Landwirte, nämlich die Milchwirtschaft treibenden, — weil in dieser soviel weniger „Hände“ nötig sind als in der Ackerwirtschaft — die Mithilfe der Kinder in der elterlichen Wirtschaft überhaupt kaum in Betracht kommt.

Und so ergibt sich denn gerade für die eifrigsten Bevölkerungspolitiker, daß „der einzige undurchbrechbare Damm gegen dieses

---

[1]) An Begünstigung der außerehelichen Fruchtbarkeit denkt kein Ernstzunehmender, doch fehlen dahingehende Bestrebungen keineswegs ganz, und noch am 1. März ds. Js. hat der preußische Minister des Innern im Landtage ihren verstiegenen Befürwortern eine Absage erteilen müssen.

Übel eine religiös-sittliche gefestigte Wirklichkeitsgesinnung“ sei. Zu deren Erhaltung oder Wiederbelebung empfehlen die hierher gehörigen Schriftsteller in flammenden Worten sorgsamste Pflege der Religion, der alten Zucht und Sitte, des Familiensinnes, der Vaterlandsliebe und aller sonst hier als fördernd in Betracht kommenden edlen Triebe des Menschenherzens. Leider kann nur niemand recht sagen, auf welchem Wege die Bekehrung der tatsächlich in sehr erheblichem Umfange diesen Gefühlen bereits entfrembeten Massen erzielt werden soll. Beginnen doch diese, durch zielbewußte Aufklärung von der Verwerflichkeit und Torheit blinden Vertrauens in Glücks- und Fügungszufälle überzeugt und von der Vortrefflichkeit des schönen „Selbst ist der Mann“ durchdrungen, sich zum Teil schon dem in manchen Gegenden zur Zeit auf unserem Gebiet noch so wirksamem Drucke der katholischen Seelsorge zu entziehen und haben nur zu oft und vielfältig zu erkennen gegeben, daß sie dem Verständnis dieser Gefühle entwachsen sind und allen Bemühungen, sie zur Umkehr und zu dem sonst so verpönten Gehen- und Geschehenlassen zu bewegen, schärfstes Mißtrauen entgegenbringen. Auch hiervon kann sich daher, wer die Dinge unbefangen so sieht wie sie sind, keinen nennenswerten Erfolg versprechen.

Es drängt sich bei dieser Sachlage dem, der sich auf anderen Gebieten gemachter Erfahrungen entsinnt, mehr und mehr der Zweifel auf, ob nicht auch hier Grundfehler im Spiele sind, mit deren Abstellung überhaupt erst sich die Möglichkeit ergibt, Erfolge zu erreichen. Dieser Zweifel wird zur Gewißheit beim Zurückkommen auf den Gedanken, von dem wir ausgegangen sind, der Gleichstellung der zu bekämpfenden Erscheinung mit einer Volkskrankheit, und bei näherer Prüfung, inwieweit die zur Bekämpfung des Geburtenrückganges vorgeschlagenen Mittel den Anforderungen entsprechen, die wir nach den Grundsätzen der heutigen Wissenschaft an Maßnahmen gegen jene Plagen zu stellen gewohnt sind. Da zeigt sich nun, daß gegen den Geburtenrückgang in der Hauptsache noch immer nur Heilungsmaßnahmen vorgeschlagen werden, während die Heilkunst unserer Tage schon längst den Hauptnachdruck bei der Seuchenbekämpfung auf das Verhüten legt, der Ausbreitung der Seuchen durch Besserung der Verhältnisse und Beseitigung alles dessen entgegenzuwirken sucht, was den einzelnen besonders empfänglich für die Ansteckung werden läßt. Haben wir es aber auch im Geburtenrückgang mit einer Volkskrankheit zu tun, wie können wir uns wundern, wenn hier die Bekämpfung, die Umstimmung der Kinderscheuen nicht besser gelingt, als unter der Herrschaft der älteren Wissenschaft etwa bei Pocken oder Typhus? Wir gehen eben, genau wie das die alte Medizin tat, zur Zeit noch achtlos vorüber an manchem, was das Volk als Ganzes gefährdet und das Gesundbleiben des Einzelnen im Grunde zu einer Sache reinen Zufalls macht, und müssen uns darüber klar werden, daß wir der Einzelfamilie zuviel zumuten, wenn wir ihr weiterhin die Verantwortung für das Umsichgreifen des Übels allein und ausschließlich überlassen, ihr eine Sinnesänderung ansinnen, die sie aus sich heraus nicht zu leisten vermag. Denn meines Dafürhaltens ist die Geistes- und Gemütsverfassung, die das Übel des Geburtenrückganges so in unseren Familien hat heimisch werden lassen, die ganz natürliche und gewissermaßen selbstverständliche Folge mancher Erscheinungen unseres Volkslebens, deren Einfluß sich der Einzelne gar nicht entziehen kann. Als solche habe ich s. Z. (in Heft 9 des 33. Jahrganges dieser Zeitschrift) neben der vielfach eingerissenen ungesunden Hetze die Überbeflissenheit in der Erfindung immer mehr verfeinerter Methoden und Hilfen für das körperliche und vermeintliche geistige Wohl des kommenden Geschlechts erwähnt. Näheres Studium der Frage an der Hand der Literatur [1]) läßt mich in deren

[1]) Vor allem des vortrefflichen „Der Geburtenrückgang, seine Ursachen und seine Bedeutung“ von Dr. Graßl (Samml. Kösel), des kleinen Heftes

Eindämmung die erste Voraussetzung eines guten Ausgangs des Kampfes gegen den Geburtenrückgang erblicken, hat mich aber überzeugt, daß ihr gegenüber die Einzelfamilie gegenwärtig nahezu wehrlos ist und nur mit tatkräftigster Hilfe des ganzen Volkes, auch derer, die persönlich gar nicht als unmittelbare Träger oder Gegenstände kinderfreundlicher Maßnahmen in Frage kommen, sich behaupten kann. Da droht schon das Übermaß an Fürsorge, dessen sich unsere Nachkommenschaft im zartesten und im sogenannten Kleinkindalter zu erfreuen hat, meiner Ansicht nach mit der Zeit den „Willen zum Kinde", zunächst in den mittleren und oberen Schichten, dann aber auch in der breiten Masse der Bevölkerung auf das empfindlichste zu beeinträchtigen. Dadurch nämlich, daß man einerseits die Fürsorge unbedachterweise den Eltern aus der Hand nimmt und die Mutterinstinkte schwächt, andererseits aber bei denen, die man für fähig hält, sich aus eigener Kraft zu helfen, das heutzutage so sehr gesteigerte Gefühl der Verantwortung für das Wohlergehen der Kinder durch immer neue Anforderungen allzu sehr verschärft.[1]) Anscheinend ist auch manchen der mit dieser Angelegenheit Befaßten bereits dunkel zum Bewußtsein gekommen, daß die Kluft zwischen dem, was als notwendig bezeichnet wird, und dem, was eine Durchschnittsfamilie zu gewähren und zu leisten vermag, immer größer wird. Aber wann hört man wohl, sobald bestimmte, oft genug hauptsächlich von Ehrgeiz und Eitelkeit eingegebene neue Fürsorgevorschläge auf Beachtung dringen, ein auch nur halbwegs entschiedenes Wort der Abwehr? Das gilt schon von jener sich mit Vorliebe als einzig richtig gebärdenden extremen Richtung in der Säuglingsfürsorge, der nach Graßls klugem Worte am Ganzen verloren geht, was am Einzelnen gewonnen wird, die aber mit ihrer rein symptomatischen Behandlung des Übels bei ungezählten gutherzigen und wohlmeinenden Leuten noch immer uneingeschränkten Beifalls sicher ist, weil sie sich mit ihrer maßlosen Überschätzung des Wertes des Einzellebens der nicht über das nächste hinaus denkenden Gefühlsseligkeit so gewandt anpaßt. Eine eigene Krankheit, die „Hospitalitis" der in der Krippe streng nach allen Anforderungen der Wissenschaft, allerdings leider ohne Mutter im Massenbetriebe, aufgezogenen, an zu guter, zu unpersönlicher Versorgung krankenden Säuglinge, ist ihr Werk. Mit ihrer Fülle von „unerläßlichen" Forderungen an Pflegetätigkeit und Pflegegerät ruft sie bei jungen Eheleuten nur zu leicht lebhafte Bedenken „wie man das alles werde leisten können" wach, Bedenken, die sich schnell und ganz in der Stille in folgenschwere Entschlüsse von der Art umsetzen, als deren Ergebnis dann nach Jahr und Tag ein Mustersäugling und später kaum einer weiter das Licht der Welt erblickt. Mit dem Heranwachsen des Kindes verschärft sich dies Schritt für Schritt, dank den immer verbesserten Einrichtungen und Verfahrensweisen der Schule, die aber, bei aller rühmenswerten, oft erstaunlichen Vervollkommnung der Lehrweise, wenigstens in den höheren Schulen, fast alle darauf hinauslaufen, immer höhere Anforderungen an die Eltern zu stellen. Der nachdenkliche Beschauer kann sich aus diesem Grunde schon der schönen neuen Schulgebäude mit ihrem jedesmal so gewaltig in allem von ihren bescheidenen Vorgängern abstechenden Äußern und Innern nicht so recht freuen. Zu groß ist der Gegensatz zwischen der gediegenen Behäbigkeit, mit der sie ihre Insassen umgeben, und dem, was jeder einzelne von diesen im Gewimmel zahlreicher Geschwister (selbst im leidlich wohlhabenden Elternhause!) gewohnt ist. Sie können mit ihren oft raffinierten neuen Einrichtungen so recht nur gewürdigt werden von sorgsam gehüteten Einzelkindern, nicht aber von den weit

„Wider die Kinderscheu" der Düsseldorfer Vereinigung für Familienwohl und des „Rufes an die Mütter" von Dr. P. Straßmann.

[1]) Hier sei nur auf das doch nur bedingt richtige, in seiner heutigen Anwendung zu ganz wunderlichen Entgleisungen führende „Für unsere Kinder ist das Beste gerade gut genug" hingewiesen.

weniger musterhaft verpflegten, manchmal auch in der Erziehung mehr summarisch behandelten, dies im Aussehen und nicht selten auch im Betragen verratenden „Orgelpfeifen“ einer Familie alten Musters. Dabei soll der so nachdrücklich als wünschenswert hervorgehobene „erzieherische Einfluß“ auf die Eltern, die man ganz bewußt dazu anleitet, alle die schönen Sachen ebenfalls für unbedingt nötig zu halten, und denen man, ohne es zu wollen, die Unzulänglichkeit dessen, was ihr Geldbeutel einer größeren Zahl Kinder nur zu bieten vermag, so eindringlich zu Gemüte führt, noch nicht einmal allzu hoch angeschlagen werden. Er ist, zum Glück, bei Leuten, die viele Kinder haben, wohl meist recht gering. Sie pflegen philosophisch zu denken in dieser wie in manch anderer Hinsicht und sind zu sehr daran gewöhnt, daß es auch ohne allerhand von dem geht, was gemeiniglich als unentbehrlich gilt. Daß sich aber viele von denen, deren Familie erst im Entstehen ist, nur zu willig und gelehrig beeinflussen, z. B. von der Notwendigkeit der streng hygienischen Schlafzimmer und Arbeitsplätze für jedes Kind überzeugen lassen, dürfte nicht zu bestreiten sein und das Vorhandensein mancher nicht aus Hang zu Wohlleben und Bequemlichkeit oder ähnlichen verwerflichen Beweggründen entstandenen Zwergfamilie erklären.

Unsere Schulen sehen sich durch das Verlangen aller möglichen Fachmänner zu einem ständigen Kampf gegen die Aufnötigung neuer Lehrgegenstände gezwungen[1]) und müssen ihre Lehrziele immer höher stecken. Ganz besonders aber hat auf den höheren Schulen bedauerlicherweise der heutige Unterrichtsbetrieb eine starke, immer schärfer in die Erscheinung tretende Neigung, nach der erwähnten Richtung hin zu wirken. Hier gibt meines Dafürhaltens auf den Knabenschulen besonders das Streben nach recht vielseitiger körperlicher Ertüchtigung, auf den Mädchenschulen die hier schon ohnehin sehr viel zweischneidigere (näheres hierüber später) Vertiefung der Ausbildung zu mancherlei Bedenken Anlaß. Jene lenkt ganz unzweifelhaft oft bedenklich vom Studieren ab und erheischt, da man dessen Ziele niedriger zu stecken aus guten Gründen sich nicht entschließen kann, verstärktes Mitarbeiten der Eltern. Diese hat, mit Einführung der Mathematik und ähnlicher der Begabung der meisten Mädchen noch besonders wenig liegenden Lehrfächer, das Schreckgespenst des Zurückbleibens und Scheiterns auch vor unseren Töchtern heraufbeschworen, deren Schulzeit sich früher meist so idyllisch abwickelte. In weiten Kreisen haben aus diesen Gründen Vater und Mutter beim Vorhandensein mehrerer Kinder gut anderthalb Jahrzehnte lang, — die beste Zeit des Lebens — neben allem, was das Leben sonst von ihnen verlangt, eine angestrengte Nachhilfetätigkeit zu entfalten und können sich leidlicher Ruhe nur in den Ferien, d. h. falls diese nicht ebenfalls mit Pauken und Nacharbeiten ausgefüllt werden müssen, erfreuen. Dem sollte aber jedenfalls beim Erforschen der Ursachen des Geburtenrückganges mehr Aufmerksamkeit geschenkt, die Milderung dieser Schwierigkeiten mit unter die Forderungen der Bevölkerungspolitik aufgenommen werden.[1]) Jedenfalls können, ungeachtet der bei mehreren Geschwistern von den größeren Kindern zu erwartenden Mitwirkung bei der Nachhilfe heute tatsächlich nur Ausnahmenaturen von Eltern oder Väter und Mütter von Ausnahmekindern an die Aufgabe, ein Häuflein Kinder durch höhere Schulen zu bringen, ohne ernste Bedenken herangehen.

Darum muß vor allem auch vom bevölkerungspolitischen Gesichtspunkte aus mit aller Entschiedenheit die Forderung nach äußerster Beschränkung in Erweiterung der Lehrpläne erhoben werden. Alles, was diese einfacher gestalten kann, ist zielbewußt

[1]) Sogar die Einführung der kaufmännischen Buchführung wurde erst kürzlich im Landtage gefordert!

[1]) Die dem Vernehmen nach bevorstehende Aufhebung des „Einjährigen“, der Ursache so unendlicher Mühen und Kümmernisse für Schüler, Schule und Eltern, ist aus diesem Gesichtspunkt freudig zu begrüßen.

zu fördern, sollten darüber auch unsere Jungen die anregende Jungsturm- und ähnliche Betätigung, unsere Töchter die Verstandesgymnastik der Mathematik, die Schulung im staatsbürgerlichen Denken entbehren müssen, die Anzahl der Abiturientinnen und Studentinnen sehr heruntergehen, der nüchterne Turnbetrieb (wenn er nur straff und wirksam gestaltet wird!) dem Heere nur noch militärisch unvorgebildete Jünglinge zur Verfügung stellen.[1])

Unbedingt innezuhalten ist auch mit dem Hinaufschrauben der Anforderungen für die Zulassung zu den Berufen, welche zusammen mit der oft ausgearteten „Hebung" der einzelnen Berufe wesentlich mit Schuld ist an dem ungesunden Drängen nach oft nur scheinbarer Verbesserung des Loses der Kinder, zugleich aber ein gesundes Vorwärtsstreben erschwert und die Familien zum Schaden ihrer Lebensfreudigkeit unter den früheren Geschlechtern gänzlich unbekannten, zermürbenden Druck der Sorge vor dem Hinabgleiten seufzen läßt, wiederum genau im Verhältnis ihrer Kinderzahl.

Hier fehlt es zur Zeit doch ganz bedenklich: Wohin man auch blickt, ist jeder Beruf mit den starren Schranken verschärfter und immer schwerer werdender Anforderungen an die Vorbildung umgeben, und die Anerkennung des Grundsatzes „Freie Bahn den Tüchtigen" bedeutet, soweit man sehen kann, einstweilen nur, daß Schichten, die sich bisher von den angedeuteten Plagen frei halten konnten, nun ebenfalls ihnen unterworfen werden; denn bekanntlich ist guter, ja selbst glänzender Verlauf der ersten Schuljahre durchaus keine zuverlässige Bürgschaft für glattes Vorwärtskommen in den höheren Klassen einer gehobenen Lehranstalt und für Erfolge beim Ergreifen anspruchsvollerer Berufe. Mit der Aufnahme des Sohnes in die „Begabtenschule" wird deshalb in manche kinderreiche Arbeiterfamilie die bisher dort nicht geahnte Schulsorge einziehen, nicht zum Vorteil des Erstarkens des „Willens zum Kinde" bei anderen. Und wie sieht es bei denen aus, die, sozial besser gestellt, darauf sehen, sehen müssen, daß ihren Kindern der Abstieg erspart bleibt, den zu vermeiden früher ganz offenbar so sehr viel leichter war? Ist es wirklich, angesichts der unter mehreren Kindern mit deren Zahl wachsenden Wahrscheinlichkeit des vereinzelten Vorkommens von Begabungs- oder auch Charaktermängeln, so sehr zu verurteilen, wenn Eltern es vorziehen, ihre Familie auf dem Stande zu erhalten, der ihnen auch bei ungünstiger Entwicklung der Dinge einige Sicherheit gegen diese Gefahr bietet? Darf man den gelernten Arbeiter,[1]) den besseren Handwerker, den Bauer, Gutsbesitzer, Kaufmann, Beamten oder Offizier deshalb schelten, weil sie vor der fast sicheren Unmöglichkeit, beliebig viele Kinder sämtlich einigermaßen ihrem Herkommen entsprechend unterzubringen, der Versuchung erliegend das tun, was um sie herum so häufig und offensichtlich Sorge und Elend verhütet und jenes köstliche Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit schafft, das die moderne Menschheit durch Einbeziehung immer neuer Gebiete in den Versicherungskampf gegen alle möglichen Arten von Risiken mit Recht so schätzen gelernt hat?

Vergegenwärtigen wir uns doch nur einmal den Gedankengang, dessen vom bevölkerungspolitischen Standpunkte aus uner-

---

[1]) Ich möchte nicht mißverstanden werden und will deshalb ausdrücklich betonen, daß auch ich „Jugendwehr", „Jungdeutschland", „Wandervogel" u. dgl. an sich für wunderschöne Dinge halte. Für uns hier darf aber die Frage nur lauten: Wie vertragen sie sich mit dem doch nun einmal gegebenen, grundsätzlicher Umänderung kaum zugänglichen Betriebe, vor allem unserer höheren Schulen?" Jede andere Betrachtungsweise führt auf Irrwege.

[1]) Daß wir es hier mit Fragen zu tun haben, die alle Schichten angehen, will anscheinend manchem nicht einleuchten. Nicht selten gewinnt es den Anschein, als brauche man nur den Vermögenden, Höherstehenden, die sich im Genuß ihrer vermeintlichen Vorrechte erhalten wollen, (und allerdings auch durch ihr Beispiel wirken) ordentlich ins Gewissen zu reden, um das Übel aus der Welt zu schaffen. Das ist ein Irrtum: fast jeder hat noch Schichten unter sich, in die er nicht hinabsinken möchte, und wer fleißig und strebsam in die Höhe kommen möchte, sich daran aber verhindert sieht, kränkt sich nicht minder als der, den das Schicksal abwärts drückt.

wünschte, aber unabänderliche Ergebnisse wir hier vor uns sehen. Schon mit den Söhnen sieht es in zahlreichen Familien sehr leicht bedenklich aus, wenn aus Mangel an Vermögen oder Begabung der eine oder andere einen Beruf ergreifen muß, der ihn auf eine niedrigere soziale Stufe führt als die seiner Eltern war. Und wenn es sich um eine im Heraufkommen begriffene Familie handelt, von deren mehr vom Glück begünstigten Gliedern, der vom Schicksal stiefmütterlich Bedachte je länger je greller absticht, so liegt für die Beteiligten nichts näher als der Gedanke an ein verfehltes Leben, dessen Sinn und Zweck dem einfachen Verstande nicht einleuchten will. Wie aber steht es erst mit den Töchtern, die unter ihrem Stande heiraten müssen oder unversorgt zurückbleiben und lebenslanger Dienstbarkeit oder noch schlimmerem verfallen? Sie alle, soweit sie nicht richtig Schiffbruch erleiden oder eine ausnahmsweise ungünstige Geistes- und Gemütsverfassung mitbekommen haben, sind in Wirklichkeit dennoch ganz gewiß wertvolle Glieder des Volksganzen, ja sie können sogar als Bindeglieder zur Milderung der Gegensätze zwischen den verschiedenen Volksschichten ganz besondere Bedeutung erlangen. Sie pflegen auch, — diese Erfahrung macht man immer wieder — unter den mancherlei Geschäften und Sorgen des Lebens den notgedrungenen Abstieg, den mißglückten Aufstieg tatsächlich überraschend schnell und gründlich zu verschmerzen. Schade nur, daß für ihr Inslebentreten nicht ihre, sondern ihrer Eltern Gefühle und Empfindungen maßgebend sind, welche unter den gegebenen Verhältnissen unserer Zeit unweigerlich in den meisten Fällen nur dahin gehen können, daß es besser sei, solche Armen erst gar nicht in die Welt zu setzen. Den Eltern das auszureden, erscheint völlig aussichtslos, es bleibt also gar nichts anderes übrig als der Versuch, nach der angedeuteten Richtung eine Änderung in den Verhältnissen herbeizuführen, die auch anderen als ausgesprochen leichtherzigen Eltern ein fröhliches Erfüllen des biblischen „Seid fruchtbar und mehret Euch" gestattet.

Wie sehr und unmittelbar dieses ferner durch die Wohnungsverhältnisse beeinflußt wird, kann als bekannt vorausgesetzt werden, und es könnte überflüssig erscheinen, über die Bedeutung der Wohnungsfrage für das Schicksal der Volksvermehrung etwas zu sagen, begegnete uns nicht auch hier wieder einer der Grundirrtümer in der ebenso billigen wie weitverbreiteten moralischen Entrüstung über das Verhalten der Nächstbeteiligten, der heutzutage sowieso schon nicht auf Rosen gebetteten Hausbesitzer.[1]) Die Erörterungen über deren schnödes Verhalten gegenüber kinderreichen Familien nehmen in allen Betrachtungen über diese Seite unserer Frage einen breiten Raum ein; mit Genugtuung werden Hypothekenkündigungen von seiten kinderfreundlich gesinnter Sparkassen gegenüber solchen Unmenschen verzeichnet, und man vermißt nur den Vorschlag zwangsweiser Einmietung starker Familien in den jeweilig vorhandenen besten Quartieren als handgreiflichen Beweis, wie gedankenlos immer noch einmal ausgegebene Stichworte aufgenommen werden. Man möchte angesichts der dabei zutage tretenden Kurzsichtigkeit den einzelnen Wortführern immer wieder das Wohnen in der von ruhebedürftigen Leuten mit Recht gefürchteten unmittelbaren Nachbarschaft kinderreicher Familien empfehlen. Das könnte ihnen zum Verständnis dafür verhelfen, daß ein Hausbesitzer, der von dem Ertrage seines Hauses leben und seinen öffentlichen Verpflichtungen nachkommen soll, doch gute und unwiderlegbare Gründe hat, andere Mieter lieber zu nehmen als kinderreiche, solange ihn der Gesetzgeber nicht davor schützt, daß seine übrigen Mieter, vielleicht ihrerseits im scharfen Daseinskampf stehende, zu Zeiten ruhebedürftige ältere Leute mit größeren Kindern, ausziehen.

In richtiger, nur eben oft nicht ganz ungezwungener Erkenntnis der Aussichtslosigkeit des Einschreitens gegen diesen Übelstand

[1]) Ein wenig von dieser Entrüstung könnte sich wohl der nachgerade zur Plage entwickelten Neigung unserer Dienstboten, Familien mit Kindern zu meiden, zuwenden. Man stößt hier auf Einflüsse, die den besten Willen lahm legen können.

erstarkt neuerdings sichtlich die hochverdienstliche Bewegung zur Gründung von Gartenstädten mit Einzelwohnungen für kinderreiche Familien und zur Ansiedlung solcher Familien in Stadt und Land, bereichert neuerdings durch Vorschläge betr. Bereitstellung von angemessenen Dienstwohnungen für kinderreiche Beamte aller Art.

Die in sie als erste verheißungsvolle Tat nach langem Erwägen gesetzten Hoffnungen kann man bis zu einem gewissen Punkte wohl teilen, insofern hier endlich einem Grundübelstande im Leben kinderreicher Familien zu Leibe gegangen, der Anfang mit deren wirklicher Entlastung und mit einer Zurückführung der betr. Familien in gesündere, zugleich den ganzen inneren Menschen günstig beeinflussende Verhältnisse gemacht wird. Wenn diese Bestrebungen erst richtig Früchte aufweisen können und wenn daneben aus öffentlichen Mitteln für eine ausgiebige Entlastung auf dem Lande und in kleinen Städten wohnhafter starker Familien durch Bereitstellung ausreichender preiswerter Unterkunft für ihre zu Ausbildungszwecken aus dem Hause zu gebenden Kinder gesorgt wird,[1]) so wird Kinderreichtum in der Tat in mancher wichtigen Beziehung aufhören eine Last zu sein, und man kann sich kaum ein besseres Mittel denken, kinderfreundliche Gefühle in einem Volke zu erhalten. Leider Gottes handelt es sich aber bereits nicht mehr darum, sondern in der Hauptsache, namentlich in den Städten, schon um eine Wiederbelebung solcher Gefühle, und außerdem ist eine völlige Sanierung aller in Betracht kommenden Verhältnisse auch von der denkbar weitgehendsten Durchführung solcher Pläne — soweit die Wohnungsfrage in Betracht kommt, allein schon wegen des Vorhandenseins der zahlreichen Großstädte in Deutschland — nicht zu erwarten. Und deshalb muß man die Frage stellen: „Werden wir nach Fertigstellung der Kolonien usw. auch wirklich die vorausgesetzte Zahl kinderreicher Familien für sie auftreiben, sind wir sicher, daß sich nicht behäbige Zwergfamilien da einnisten, wo man eine Hauptader von unseres Volkes Jungbronnen anzuschlagen hoffte?“

Nach dem bisher Gesagten liegt es auf der Hand, daß sich eine befriedigende Antwort auf diese Frage nur dann wird finden lassen, wenn sich bei unbefangener Betrachtung unserer Zustände ergibt, daß sich die Allgemeinheit wirklich mit allen Kräften für das Gesundbleiben der durch die sattsam bekannten Umstände bereits gegenüber der Seuche ungünstig Disponierten einsetzt durch Fernhalten alles dessen, was (um im Bilde zu bleiben) die Ansteckungsmöglichkeit erhöht. Wie mir scheint, läßt nun aber das gesamte Volksleben unserer Tage gerade nach der Richtung der Vorbeugung sehr viel zu wünschen übrig. In ihm ist die materialistisch-mammonistische Richtung mit der ganz einseitigen Bevorzugung des nüchtern Rationellen,[2]) die Sucht nach rein äußerlichem Vorwärtskommen mit dem ungesunden Drängen nach aufwärts und all den anderen unerfreulichen Begleiterscheinungen der neueren Kultur, — oder wie man wohl einschränkend gesagt hat: „Zivilisation“ — bereits allzu sehr ins Kraut geschossen, und wir setzen uns in vielem, was wir unternehmen oder doch widerspruchslos zulassen, in bedrohlichem Maße in Widerspruch sogar mit ganz einfachen Forderungen naheliegender Zweckmäßigkeit, ganz besonders, will mir scheinen, gegenüber denjenigen unter unseren Volksgenossen, auf deren guten Willen es hier vor allem ankommt, unseren Frauen. Ich möchte in der fortschreitenden Intellektualisierung der Frauenwelt, der von weitesten Kreisen geübten Nachgiebigkeit gegen die auf immer

[1]) Man sollte über der Not der in die Großstadt Gebannten die Verlegenheiten der draußen im Lande sitzenden Familien nicht vergessen, deren Lage wegen der großen Kosten der Erziehung trotz besserer Wohnungsverhältnisse oft erst recht nicht zum Kinderreichtum begeistert!

[2]) Stellt nicht auch das lawinenartige Anschwellen (seit 40 Jahren Verzehnfachung!) der Sparkasseneinlagen, das nur zu unmittelbar mit der Kleinhaltung der Familien zusammenhängt, sich unter diesem Gesichtspunkt als zweifelhafte Errungenschaft dar?!

weitergehende angebliche Befreiung des weiblichen Geschlechts abzielenden Bestrebungen mit die Hauptgefahr für die Entwicklung der Bevölkerungsfrage sehen, da alle Fortschritte der sogenannten Frauenbewegung meines Erachtens unausweichlich die Eignung, namentlich aber den Willen unserer Frauen zur Hingabe an ihren natürlichen Beruf schmälern und verkümmern lassen.[1])

Der Trieb zur Mütterlichkeit schwindet ganz naturgemäß, wo sich infolge der mehr und mehr den Frauen zugemuteten fortgesetzten starken geistigen Anspannung Erschöpfungszustände einstellen, mit der schwindenden Gesundheit oder auch ohne körperlichen Zusammenbruch das Empfinden sich ungünstig entwickelt oder doch die Gründung einer starken Familie unmöglich wird. Damit soll durchaus nicht behauptet werden, daß diese Wirkung stets eintrete oder daß die stärkere Betonung des rein Verstandesmäßigen in der Ausbildung des weiblichen Geschlechts unter allen Umständen eine Sinnesänderung zuungunsten des mütterlichen Empfindens mit sich bringe. Die Tatsache des Vorhandenseins hochgebildeter Frauen von musterhaft mütterlichem Verhalten spricht zu deutlich gegen eine derartige Verallgemeinerung. Aber ebensowenig berechtigt das Vorkommen solcher allen Anforderungen geistiger Durchbildung und zugleich den Sonderaufgaben ihres Geschlechtes voll genügenden Frauen dazu, einen ungünstigen Einfluß der Intellektualisierung, die man zutreffend eine durchaus männliche Eigenschaft genannt hat, auf das weibliche Geschlecht in Abrede zu stellen.[2]) Es geht dies schon deshalb nicht an, weil sich die Intellektualisierung vollzieht an jungen Menschenkindern, deren Neigung zu Gefühls- und Empfindungsüberschwang in den Wechselfällen und Wandlungen dieser noch so sehr im Fluß befindlichen Entwicklung besonders viel Nahrung findet. Es dürfte schon nicht viele junge Männer geben, die nicht in gewissen Abschnitten ihrer Entwicklung und Ausbildung für wirklich oder vermeintlich tieferstehende Berufe eine gewisse Geringschätzung empfinden, die sich oft genug zum Bildungsdünkel steigert. Man kann also nicht erwarten, daß die auf höhere Bildung, auf Erschließung neuer Berufe hinstrebende, durch allerhand besondere Schwierigkeiten aufgehaltene und zu außerordentlichen Leistungen an Beharrlichkeit und Ausdauer angespornte Frauenwelt denjenigen Interessen, denen sie den Rücken gekehrt hat, mehr Gerechtigkeit widerfahren lassen solle. In der Tat sehen wir denn auch, wie, zum mindesten bei den mehr oder minder bewußt auf Gleichberechtigung mit den Männern Hinarbeitenden unter den Anwärterinnen der „neuen" Frauenberufe, das, was früher den alleinigen Lebensinhalt der Frauen ausmachte, herzlich niedrig im Kurse steht. Es ist das ja zum Glück bei uns noch lange nicht in dem Maße der Fall, wie z. B. in Amerika, dessen früher bei uns so sehr angestaunte, kühl berechnende Töchter darin unübertroffen sind. Wer aber die überlegene Miene unserer Studentinnen usw., ihr beredtes Schweigen bei den Gesprächen ihrer „nur" hausfraulich interessierten Mitschwestern richtig zu deuten versteht, für den bedarf es erst gar nicht mehr der, übrigens bald genug in der Unterhaltung zum Ausdruck kommenden Abneigung dieses Teils der jüngeren Frauenwelt gegen eine Ehe älterer Art mit Unterordnung der Frau, um zu erkennen, daß wir von dem neuen Frauentypus nicht gerade eine neue Blüte des deutschen Familienlebens zu erwarten haben. Während nun aber für den jungen Mann die mit der fortschreitenden Reife späterer Jahre sich einstellende bessere Erkenntnis etwa um die Mitte der Zwanziger immer noch zurecht kommt, findet sie das der Intellektualisierung verfallene Weib der Familie entfremdet, oft genug halb verblüht und

[1]) Daß auch der Sport, um es kurz zu sagen, „mutterhemmend" wirkt und daß deswegen viele ihm ein fleißiges Zugreifen im Haushalt auch gesundheitlich für junge Mädchen bei weitem vorziehen, nur nebenbei.

[2]) Das tun aber diejenigen, die beruhigend erklären, „die verfeinerte Verstandesbildung brauche die Frauen nicht leiblich oder geistig dem Mutterberuf zu entfremden".

seelisch nach allerhand enttäuschenden Erfahrungen nicht mehr frisch, kurz zur Hausfrau oder doch zur Hausmutter einer großen Familie verdorben. Sie wird sich, — Ausnahmen bestätigen auch hier die Regel — im allgemeinen nur noch zu einer bequemen Ehe mit möglichst wenig Kindern entschließen, vorausgesetzt natürlich, daß sich noch ein Mann für sie findet, besonders, wenn ihr, was doch vorausgesetzt werden muß, der mit soviel Mühe und Opfern errungene Beruf wirklich ans Herz gewachsen ist, so daß sie ihn in der Ehe fortsetzen möchte. Oft genug sehen wir ja heute schon berufstätige Frauen zugunsten des erwählten auf ihren natürlichen Lebensberuf überhaupt verzichten, meist mit dem für uns besonders betrüblichen Ergebnis, daß dem Volksleben nicht nur eine Hausfrau und Mutter, sondern zugleich auch ein Ehemann und Vater, in Gestalt wieder eines durch den weiblichen Wettbewerb am rechten Vorwärtskommen und letzten Endes am Begründen einer Familie verhinderten Mannes verloren geht. Solange wir nun dem nichts anderes entgegenstellen können, als allerhand Lobpreisungen auf Würde und Wert hausfraulich-mütterlichen Wirkens oder allenfalls ein neues Lehrfach für unsere Mädchenschule, „Pflege des Familiensinns" oder dgl., kann uns der Vorwurf der Vernachlässigung einfacher Regeln vorbeugender Volksgesundheitslehre in dem hier in Frage kommenden Sinne nicht erspart bleiben.

Ähnliches gilt, wie mir scheint, von der fortschreitenden sozialen Interessiertheit des weiblichen Geschlechts. Auch sie wirkt, so erwünscht und segensreich sie in vielen Beziehungen ist, nicht immer günstig in bevölkerungspolitischer Hinsicht. Das anerkennens- und rühmenswerte, nebenbei freilich oft genug als Vorspann ehrgeiziger und sonstiger unerfreulicher Bestrebungen ausgenutzte Verlangen guter und eifriger Frauen, Notstände aufzuspüren und durch Fürsorgemaßnahmen zu bekämpfen, verhindert oft genug die notwendige ruhige Prüfung der von interessierter Seite gemachten Vorschläge. Das Ergebnis sind die berüchtigten Paradestücke von Fürsorgeeinrichtungen, die sich ihr Publikum erst mühsam schaffen und durch allerhand Lockmittel heranziehen müssen und durch „Freimachen der Mütter" für wirtschaftlich entbehrliche Lohnarbeit oder gar nur für eine vermeintlich höhere Menschlichkeit, wie schon oben erwähnt, in demselben Maße verheerend auf die Mütterlichkeit der zu beglückenden Kreise und ihren Familienstand wirken wie sie dem Wohlbefinden des einzelnen Versorgten aufhelfen. Nicht minder aber als bei diesen muß oft eine nachteilige Einwirkung bei den zur tätigen Mitwirkung herangezogenen weiblichen Wesen festgestellt werden dadurch, daß sie der Familie, der Häuslichkeit und der alten Wahrheit von der „Nächstenliebe, die zu Hause anfängt", entfrembet und wohl gar dazu verleitet werden, als fürsorgewürdig nur das anzuerkennen, was außerhalb ihres häuslichen Kreises sich darbietet. Weniger Sentimentalität und mehr entschlossene Abwehr gegen Überflüssiges, bei aller Vorsorge für das Notwendige, muß daher auch hier mit Nachdruck gefordert werden.

Eine ganz besonders schwere, weil offenbar zur Zeit noch am wenigsten in ihrer Bedeutung für die Zukunft unseres Volkes in der hier erörterten Richtung erkannte Gefahr bildet meines Dafürhaltens die Entwicklung, der wir die übergroße Hast, die vielfach eingerissene Überhitzung und Unstetheit unseres Berufslebens zu verdanken haben. Sie setzt, wie alsbald zu zeigen sein wird, immer weitere und gerade die besten, tätigsten Schichten der Bevölkerung der Gefahr der Ansteckung aus, schwächt wie kaum etwas sonst ihre Widerstandskraft und bedroht alle Gegenmaßnahmen mit hoffnungsloser Vergeblichkeit. Ihr ist schon deshalb schwer zu steuern, weil sie in der Hauptsache das Ergebnis des Zusammenwirkens von Umständen ist, die sich ganz von selbst aus der neuzeitlichen Entwicklung ergeben haben, bei allen Völkern sich bemerkbar machen und ganz unzweifelhaft zu einem erheblichen Teile als eine Art von Bußzoll für manche

großen Errungenschaften unserer Zeit anzusehen sind. Im übrigen haben wir es hier mit Kehrseiten besonderer Vorzüge deutscher Art zu tun, gewissermaßen dem Schatten des von diesen ausgehenden Lichts. Ohne den ganz besonders in Deutschland und überall, wohin deutscher Einfluß reicht, seit drei Jahrzehnten so gewaltig in die Erscheinung getretenen Schaffens- und Arbeitsdrang, aus dem jene Übelstände hervorgegangen sind, würden wir sicherlich zwar weit ruhiger leben, bestimmt aber auch vieles entbehren müssen, was uns hat stark und mächtig werden lassen. Bis zu einem gewissen Grade erscheint deshalb auch das, was uns in unserem eigenen Volksleben an der neuen Entwicklung besonders wenig gefallen will, als ein notwendiges und unvermeidliches Übel. Dessen ungeachtet verdient die Gleichgültigkeit, mit der man bei uns dieses Übel weiter und weiter um sich greifen läßt, scharfen Tadel; belastet sie doch unser deutsches Volk mit dem Vorwurf nicht nur einer weiteren, auf die Dauer unter Umständen verhängnisvoll wirkenden Unterlassung, sondern darüber hinaus einer direkten Versündigung am eigenen Wohl und Wehe.

Daß die uns Deutschen eigene, unter der Einwirkung der erwähnten Umstände in diesen letzten Jahrzehnten noch besonders scharf zur Ausprägung gekommene ernste, strenge Auffassung der sittlichen Pflicht zu nützlicher Betätigung mit ihrer Erhebung der Arbeit zum Selbstzweck nicht ohne bedenkliche Schattenseiten ist, insofern sie den Familiensinn schädigt, vielfach vorzeitigen Verbrauch der Kräfte zur Folge hat und durch Nichtbeachtung des Anrechts, um nicht zu sagen des zwingenden Anspruchs auf ruhige Erholung die harmonische Entwicklung des Menschen gefährdet, haben nicht wenige kluge Leute schon früher hervorgehoben, übrigens mit sehr geringem Erfolge. Schon im Frieden waren wir vielfach dahin gekommen, daß nur gewohnheitsmäßiges Leisten von Überstunden und Zuhilfenahme der Sonntage gegen den Vorwurf der Faulheit schützte, Berufungen auf häusliche Verhältnisse, Kindererziehungsanforderungen usw. sehr ungern gesehen waren und der dem Volksganzen so willkommene „vielfache Familienvater" oft genug in die Lage kam, sich neben dem nur im Dienst aufgehenden Junggesellen oder Kinderlosen einigermaßen überflüssig vorzukommen. Unsere übergroße Unbeliebtheit in nahezu aller Welt wird bekanntlich auch von uns wohlgesinnten Neutralen in diesem Kriege ganz wesentlich mit darauf zurückgeführt, daß sich die anderen Völker durch die übermäßige Rastlosigkeit des deutschen Wettbewerbs aus dem Paradies vertrieben und mit innerlicher Verarmung bedroht fühlen. Wir täten deshalb wohl daran, diese Stimmen nicht, wie es überwiegend geschieht, nur als Äußerungen des Neides und Übelwollens zu bewerten, weniger aus ethisch-moralischen Gründen, als vielmehr zur Gewinnung eines besseren Urteils über die voraussichtliche Gestaltung unserer eigenen Zukunft und die Möglichkeit ihrer Verbesserung. Davon ist jedoch so gut wie nichts zu spüren und auch der Krieg gibt unserem Volke, das nach drei langen Jahren gewaltigster Arbeit, furchtbarster Opfer so gern etwas aufatmen möchte, kaum etwas anderes zu hören als immer neue Mahnungen, alles, aber auch alles der Arbeit unterzuordnen, jedes Interesse hinter ihr zurücktreten zu lassen. Dabei richten sich diese Mahnungen nicht nur auf die jetzige Kriegszeit, für die sie in der zwingenden Notwendigkeit des Durchhaltens und Obsiegens nahezu volle Rechtfertigung fänden, — obschon man oft zu vergessen scheint, daß das so vermahnte Heimatheer nicht durchweg unter günstigeren Verhältnissen lebt als das Feldheer — — —. Sondern mit einer Beflissenheit ohnegleichen wird von berufener und unberufener Seite immer wieder darauf hingewiesen, wie das Arbeiten nach dem Kriege erst so recht anfangen, die Bewältigung der bei jeder passenden und unpassenden Gelegenheit mit Nachdruck hervorgehobenen späteren gewaltigen Friedensaufgaben noch ganz andere Anstrengungen und Opfer

kosten werde.[1]) Und gewissermaßen zur Bekräftigung taucht, begünstigt durch das Verhalten mancher besonders auf kriegsmäßiges Hinaufschrauben der Anforderungen an die Arbeitleistung der Untergebenen bedachten Stelle, bald hier, bald da das Gerücht auf, der jetzige Kriegsbetrieb, — doppelte Arbeit bei halber Zahl von Arbeitskräften — müsse und werde auch nach dem Kriege beibehalten werden und ähnliches mehr. Allem Anschein nach fehlt vielfach jede auch nur annähernd richtige Vorstellung von dem Eindruck, den solch Verhalten auf die Stimmung der Ungezählten macht, die den Ernst des Krieges nun zur Genüge an sich, ihren Lieben und ihrer ganzen wirtschaftlichen Lage kennen gelernt haben und wahrhaftig bereits einige Vorstellungen haben, was für Zeiten angebrochen sind. Glücklicherweise hat ja neuerdings der Staat durch Einführung der Teuerungszulagen und Inaussichtstellen von Entschuldungsbeihülfen für seine Beamten sein Verständnis für die Lage und den guten Willen, zu helfen, kundgegeben. Vielleicht darf man hoffen, er werde auch die Gefahr des weiteren Fortschreitens der schon vor dem Kriege eingerissenen, an amerikanische Zustände erinnernden Hatz und raubbaumäßigen Menschenkraftvergeudung rechtzeitig erkennen und ihr durch sein Beispiel einen Riegel vorschieben. Höchste Zeit dazu ist es, soll sich der Geburtenrückgang nicht unter der Einwirkung der jetzt schon bemerkbaren, sich täglich mehr ausbreitenden und ohne viel Reden und Verhandeln ihre Gegenmaßnahmen [2]) treffenden Verzagtheit zum Verhängnis entwickeln, wozu unter den jetzigen Verhältnissen die allergrößeste Aussicht besteht. Vergegenwärtigen wir uns doch nur: Die Geburt eines Kindes bedeutet an sich schon heutzutage ganz etwas anderes als früher, ist wirtschaftlich, wegen der gegen früher so sehr gestiegenen Wahrscheinlichkeit seines Amlebenbleibens, ein ernstes Ereignis geworden. Sie muß mit Rücksicht auf alle die erwähnten, früheren Zeiten auch nicht annähernd in dem Maße geläufigen Aufzucht- und Erziehungsschwierigkeiten ganz anders bedacht werden als noch vor hundert Jahren, wo (das zeigt uns jede alte Familiengeschichte) selbst bei den Wohlhabenden kaum eines von zwei Kindern zum Schulbesuch heranwuchs, geschweige denn zum erwachsenen Menschen. Die Erziehung einer großen Kinderzahl ist gegen früher, selbst wenn es gelingen sollte, sie wieder zu vereinfachen, unvergleichlich viel schwieriger, ihre Versorgung unsicherer. Die im Gegensatz zu früheren Geschlechtern jetzt hauptsächlich auf Bedachtsamkeit und Vorsorge aus eigener Kraft eingestellte Menschheit von heute aber *ist nun einmal* seelisch *nicht mehr* auf den alten, etwas fatalistischen Glauben „Es werde schon gehen mit der Erziehung und Versorgung", *zurückzubringen* und will, wie ihr ja sonst auf allen Gebieten eingeschärft wird, auch hier *sichergehen*. Sie überlegt daher bei Zeiten, ob, von anderem abgesehen, die Kräfte ausreichen werden, dieser Schwierigkeiten Herr zu werden, das Familienleben gedeihlich fortzuführen. Darf da die Allgemeinheit ruhig zusehen, wie gerade der Fleißige, auf treue Erfüllung der an ihn gestellten Anforderungen Bedachte vorzeitig mürbe gemacht wird, so daß er sich umfangreicheren Erziehungspflichten nicht mehr gewachsen fühlt und der Kinderscheu verfällt? Wir können eben nur unter einer verhängnisvollen Selbsttäuschung erwarten, daß abgehetzte, restlos ausgenutzte Leute aus vaterländischen oder anderen rein idealen Beweggründen der Allgemeinheit derartige Opfer bringen, wie sie das Aufziehen einer zahlreichen Familie schon jetzt für viele Leute aus allen Schichten bedeutet. Und so müssen wir uns mit dem Gedanken vertraut machen, daß in den Gartenstädten, den Eigenheimkolonien usw. auch gutgesinnte Väter und Mütter nur noch Einzelkinder

[1]) Daß diese Hinweise besonders oft und gern von Leuten in hervorragender Stellung ausgesprochen werden, denen persönlich nichts abgeht, nimmt ihnen nichts von ihrer beunruhigenden Wirkung.

[2]) Deren Wirksamkeit wird auch durch die schärfsten Gesetze gegen Einschränkungsmittel wohl zu mindern, nicht aber ganz zu vereiteln sein.

aufziehen und daß die übrigen Maßnahmen zur Aufhaltung des Geburtenrückgangs ebenso ergebnislos bleiben, wenn es nicht noch gelingt, einer weiteren Zuspitzung der fraglichen Verhältnisse vorzubeugen.

Hierzu ist aber, um damit zu schließen, noch etwas nötig: Entschlossenste Abwehr aller Pläne und Ideen, denen eine nachteilige Einwirkung auf die familiengründenden Triebe nachzuweisen ist.

Hierher gehören zunächst alle radikalen, *besonders*[1]) politischen Maßnahmen, wie z. B. das Frauenstimmrecht, das die Frau ins öffentliche Leben verstrickt, außerdem Zwistigkeiten innerhalb der Familie hervorrufen muß und als Vorstufe zu noch weiterem das ganze Volksleben aufs Ungewisse stellt. Eine nicht minder unerfreuliche Einwirkung ist aber meines Dafürhaltens von der Durchführung aller Vorschläge zu erwarten, die mit oder ohne ausdrückliche Beziehung auf den Geburtenrückgang Änderungen des Erbrechts anstreben, und zwar deswegen, weil ihre Verwirklichung unfehlbar das Vertrauen in die Stetigkeit der für das Familienleben besonders bedeutungsvollen Vermögensverhältnisse und hierdurch *den Lebensmut* erschüttert. Der Schluß z. B., daß ein Gesetz, welches nach dem oben erwähnten Vorschlage bei nur zwei Kindern das Reich miterben läßt,[2]) im Falle weiteren Geldbedarfs des Reiches jederzeit eine folgenschwere Erweiterung dahin erfahren kann, daß das Reich überhaupt, bei jeder Anzahl von Kindern, einen Anteil erhält, liegt doch selbst für den einfachen Verstand nur zu nahe. Er kann schlechterdings nicht dazu beitragen, Lebensmut und verlorengegangene Unbekümmertheit, ohne die keine zahlreiche Familie denkbar ist, neu zu beleben. Erst recht aber sollte der seit Jahren erörterte, scheinbar in gar keiner Beziehung zu unserer Frage stehende Gedanke der Abschaffung des gesetzlichen Erbrechtes unter entfernten Verwandten vom Bevölkerungspolitiker bekämpft werden. Verfolgt man nämlich den ihm zugrunde liegenden gesetzgeberischen Gedanken im Hinblick auf den mit ihm angestrebten Zweck auch nur einige Schritte über den ersten verlockenden Ausblick Schädigung der „lachenden Erben", Erschließung einer neuen ergiebigen Einnahmequelle für das Reich, so ergibt sich meines Erachtens folgende unausbleibliche Entwicklung: Zunächst Heimfall einer Menge größerer und kleinerer Erbschaften an das Reich, alsbald aber häufiges Auftauchen von Mitteilungen darüber in den Zeitungen und große Bewegung unter den Beteiligten, für die solche unverhofften Erbschaften bisher oft Rettung und Hilfe bedeuteten,[3]) mit schnell sich über weiteste Kreise ausbreitender Neigung, durch letztwillige Verfügungen das Reich auszuschließen. Demgemäß nun schnelles Nachlassen der Einnahmen aus

---

[1]) Aber auch wirtschaftlichen! Ich denke hierbei u. a. an verschiedene bereits eingeleitete oder dem Vernehmen nach in Vorbereitung begriffene Kriegsmaßnahmen, Beschlagnahmen usw., die auf eine empfindliche Vorwegbesteuerung gerade des sparsamen Mittelstandes hinauslaufen, diesem weiter das Leben verbittern und so unweigerlich der Kinderscheu immer mehr Anhänger schaffen. Von den Schichten, die hier in Betracht kommen, ist allerdings kein großer Widerstand zu erwarten. Aber, einmal vergrämt, suchen sie sich in aller Stille zu helfen, greifen zur Verringerung der Kopfzahl und, *was das schlimmste ist, geben ein Beispiel, dessen Wirksamkeit man nicht unterschätzen sollte!*

[2]) Welche im höchsten Maße beunruhigende Fülle von Möglichkeiten bietet sich im übrigen bei näherem Eingehen auf diesen scheinbar so einfach zu verwirklichenden Plan! Da fragt es sich:

Soll nur das Vorhandensein dreier Kinder *zur Zeit des Erbfalls* das Reich ausschließen oder

Soll es genügen, daß *überhaupt* drei Kinder vorhanden waren?

Muß etwa bei frühzeitigem Tode eines der drei die Unmöglichkeit weiteren Familienzuwachses dargetan werden„ so daß z. B. die 50 und 40 Jahre zählenden Eltern des im Kriege gefallenen ältesten von drei Kindern unter Umständen zum Lohne für ihr dem Vaterlande gebrachtes Opfer ein Drittel ihres Vermögens dem Reich anheimfallen sähen? Will man die mit „nur" 2 Kindern jung verwitwete Frau durch den drohenden Heimfall an das Reich zu baldiger Wiederverheiratung nötigen, den 50 Jahre alten Witwer in eine bevölkerungmehrende neue Ehe hineinängstigen?!!

[3]) Es sind eben keineswegs immer nur *lachende*, sondern oft genug *aufatmende, von schwerer Sorge befreite* Erben, denen reiche (und wie oft nur bescheiden wohlhabende) Erbonkel sterben!

solchen Erbschaften des Reiches bis zum, unter Umständen baldigen, völligen Versiegen der Quelle . . . und notgedrungenes Auftauchen der Frage: Was nun? Das Reich hat sich inzwischen auf diese Einnahmen eingerichtet, die lachenden Erben will man nicht triumphieren sehen und so bleibt nur eines übrig: Man hängt ohne viel Federlesens dem dann wohl schon weniger erfreulich erscheinenden Gesetze [1]) einen Paragraphen an, der letztwillige Verfügungen unter den in Frage kommenden entfernten Verwandten **verbietet** oder **für ungültig erklärt**. Wir ständen dann vor der ersten rein kommunistischen Vermögensenteignung, hätten den Anfang gemacht, an den sich mit der Zeit weitere ähnliche Maßnahmen, zuerst gegen die „Reichen", später gegen den Mittelstand und gegen alles, was nicht unterstes Proletariat ist, fraglos anschließen würden . . . .! Wer diese und den durch sie eintretenden gänzlichen Verfall der Familie nicht will, darf sich daher auch nicht für jene zunächst so harmlos aussehenden Maßnahmen aussprechen, selbst wenn sie seiner Ansicht nach als Schreckmittel für Kinderscheue so brauchbar sein sollten, wie sie es nach meinem Dafürhalten **nicht** sind.

Am Ende meiner Ausführungen angelangt, glaube ich sagen zu können, daß der Kampf gegen den Geburtenrückgang, wie man ihn bisher verstand, weil nur zu leicht an den eigentlichen Ursachen des Nachlassens der Geburtenhäufigkeit vorübergehend und auf ein bloßes Symptom-Kurieren hinauslaufend, in den bevölkerungspolitischen Erörterungen ohne Schaden mehr zurücktreten kann. Wir werden seinem Ziele wirksamer entgegenstreben mit verständig angelegten, geräuschlos und ohne verstimmende Absichtlichkeit, aber mit zäher Folgerichtigkeit durchgesetzten, das ganze Volksleben umfassenden **Vorbeugungsmaßnahmen** auf der Grundlage des alten für die Völker nicht minder als für den Einzelmenschen geltenden Wortes von „Gesunden Sinne im gesunden Leibe". Auf diese uns zu einigen sei daher aller Gutgesinnten Bestreben.

[1]) Es wäre nicht das erste Mal, daß es dann im Reichstage hieße: „Wir haben A gesagt und müssen nun auch B sagen, die früheren Zusagen (daß man nämlich an keine zukünftige Erweiterung denke) binden uns nicht."

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe für Ehefrauen von Kapitulanten.

Erlaß des **bayer. Staatsministeriums des Innern** vom 1. Mai 1918.

Wie bereits in Ziff. 2 der ME. vom 28. Oktober 1915 — „K. B. Staatsanzeiger" Nr. 256; Kriegsbeil. z. MABl. S. 1074 — bemerkt ist, haben auch die Ehefrauen von Kapitulanten Anspruch auf die Kriegswochenhilfe nach der BB. vom 23. April 1915 — RGBl. S. 257 —, wenn bei ihnen die Voraussetzungen nach § 2 der BB. gegeben sind.

Im Einverständnis mit dem Reichswirtschaftsamt wird nun bekanntgegeben: Als das nach § 2 Abs. 2 maßgebende Jahr kommt nicht das Jahr vor dem Diensteintritt als Kapitulant, sondern das Jahr vor dem Eintritt in den Kriegsdienst, also vor dem 2. August 1914 in Betracht.

Daß der Kapitulant damals schon mit der Wöchnerin verheiratet gewesen ist, bildet nicht die Voraussetzung für den Wochenhilfeanspruch derselben. Entscheidend ist vielmehr, daß die Wöchnerin zur Zeit der Entbindung mit dem Kapitulanten verheiratet ist.

Wenn endlich die Wöchnerin in dem fraglichen Jahr kein eigenes selbständiges Einkommen gehabt hat, kommt es bei Anwendung des § 2 Abs. 2 Ziff. 1 der BB. nur darauf an, ob das Gesamteinkommen des jetzigen Ehemanns damals 2500 ℳ nicht überstieg.

Unter welchen Voraussetzungen schließt Erwerbsfähigkeit des Ehemannes die Kriegswochenhilfe aus?

Beschluß des **Oberversicherungsamts Breslau** vom 20. April 1918 (K. B. 11/18).

Nach den grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts Nr. 2248 und 2403 (Amtl. Nachr. 1916 S. 630 und 1917 S. 646) ist ein Kriegs-

teilnehmer nur dann an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit im Sinne des § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht mehr als verhindert anzusehen, wenn die Folgen der Erkrankung oder Verwundung soweit beseitigt sind, daß eine Verwertung der wieder gewonnenen Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist. Hierbei braucht die Arbeitskraft des Kriegsteilnehmers nicht in dem ursprünglichen Umfange wieder hergestellt zu sein. Es genügt ein solches Maß von Erwerbsfähigkeit, daß der Kriegsteilnehmer in die Lage versetzt wird, den nötigen Lebensunterhalt für die eigene Person und für die Familie zu beschaffen und bei einem Entbindungsfalle selbst für Weib und Kind zu sorgen.

Im vorliegenden Streitfalle steht fest, daß der am 4. August 1914 zum Heeresdienst eingezogene Kriegsteilnehmer W., infolge Kriegsverwundung um 70 v. H. in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt, am 20. März 1915 aus dem Heeresdienst entlassen worden ist. Seine Arbeitskraft hat sich im Laufe des Sommerhalbjahres 1915 soweit gehoben, daß er vom Oktober 1915 bis Juli 1916 beim Kaiserl. Postamt als Telegrammbesteller und vom 4. Juli 1916 bei der Eisenbahnverwaltung als Hilfsschrankenwärter beschäftigt werden konnte. In der letzteren Stellung bezog er einen Tagelohn von 2,30 ℳ, den er auch zur Zeit der Niederkunft seiner Ehefrau am 22. April 1917 hatte. Vor seiner Einziehung zum Heeresdienst war W., der gelernter Schuhmacher ist, als Tagelohnarbeiter gegen einen Tagelohn von 2,50 ℳ ein Jahr lang beim Zimmermeister K. tätig. Daneben verdiente er sich nach seiner glaubhaften Angabe durch Schuhmacherarbeiten wöchentlich 10 bis 12 ℳ.

Wird die starke Einbuße der Erwerbsfähigkeit des W. in Betracht gezogen und ferner berücksichtigt, daß seine Entlohnung als Hilfsschrankenwärter erheblich hinter seinen Einkünften aus seinen Beschäftigungen als Tagelöhner und Schuhmacher zurückbleibt, sowie daß der Geldwert seit Kriegsbeginn sehr erheblich gesunken ist, so kann die wirtschaftliche Lage des W. nicht als so günstig angesehen werden, daß er fähig wäre, neben dem Lebensunterhalt für sich und seine Familie auch noch die erheblichen Kosten der Entbindung aus eigenen Mitteln zu bestreiten. Bei Prüfung seiner Verhältnisse ist auch noch zu beachten, daß sein ältestes Kind ihm erst wenige Monate vor Kriegsbeginn, ein zweites am 27. Dezember 1915 geboren war und daß schließlich er selbst in der Zeit vom 15. Juni bis 7. Juli 1917, also noch während des Wochenhilfsbezugs, krank und arbeitsunfähig gewesen ist.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse hat deshalb zu Recht Wochenhilfe im Sinne der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914 gewährt, so daß auch das Reich erstattungspflichtig ist.

B. Zur Unfallversicherung.

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der Wasserfahrzeughaltung eines Händlers.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. März 1918.

. . . Das Reichsversicherungsamt hat noch Ermittlungen über die Betriebsverhältnisse des Unternehmers angestellt. Dabei hat sich ergeben, daß Kl. hauptsächlich mit Obst und Fischen handelt, die er von anderen Personen käuflich erworben hat, und nebenbei auch die Erzeugnisse seines eigenen 18,80 Ar großen Gartens absetzt. Außer ihm selbst war in der Wasserfahrzeughaltung nur sein Sohn beschäftigt, der aber seit Oktober 1917 zum Heeresdienst eingezogen ist. Seit Juli 1917 hat Kl. angeblich seinem Handel nicht mehr obgelegen, auch wird er nach seiner Angabe wegen eines im August 1917 erlittenen Unfalls nicht mehr fähig sein, den Handel in dem früheren Umfange weiter zu betreiben.

Es war, wie geschehen, zu entscheiden. Mit Recht hat das Oberversicherungsamt dem Antrage des Händlers Kl., seine Fahrzeughaltung der See-Berufsgenossenschaft oder ihrer Zweiganstalt zu überweisen, nicht stattgegeben. Denn wenn er auch auf seinen Fahrten das zu den Seegewässern gehörige Frische Haff überschreitet, so steht doch die Fahrt über das Haff augenscheinlich an Zeit und Umfang hinter seiner Schiffahrt auf Binnengewässern, insbesondere nach Danzig, zurück. Die Versicherung des Unternehmers ist daher nach den für die Binnenschiffahrt maßgebenden Grundsätzen zu beurteilen. Nach § 537 Abs. 1 Nr. 6 RVO. unterliegt der Versicherung der Binnenschiffahrtsbetrieb, wenn er gewerbsmäßig betrieben wird. Zuständiger Versicherungsträger wäre in diesem Falle die Ostdeutsche Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft. Indessen kann, entgegen der Ansicht des Oberversicherungsamts, nicht anerkannt werden, daß der Händler Kl. die von ihm ausgeübte Schiffahrt gewerbsmäßig betreibt. Denn weder bildet die Schiffahrt für ihn die unmittelbare Einnahmequelle, da sie im wesentlichen den Zwecken seines Handelsgewerbes dient, noch kann sie als ein so hervorstechender Bestandteil seines Gesamtunternehmens angesehen werden, daß durch sie das gesamte Unternehmen zu einem versicherungspflichtigen Betriebe gestempelt würde, der infolgedessen als gewerbs-

mäßiger Binnenschiffahrtsbetrieb anzusehen wäre. Denn die Wasserfahrten nehmen nach den Erklärungen des Unternehmers nur einen geringen Teil des Jahres in Anspruch und fallen gegenüber der sonstigen Handelstätigkeit des Unternehmers augenscheinlich nicht wesentlich ins Gewicht. Hiernach kann lediglich die Versicherung derjenigen Tätigkeit in Betracht kommen, die als nicht gewerbsmäßiges Halten von Fahrzeugen auf Binnengewässern (§ 537 Abs. 1 Nr. 6 RVO.) anzusehen ist. Für die Versicherung dieser Tätigkeit ist die Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und -Reittierbesitzer zuständig.

Ob sich inzwischen die Betriebsverhältnisse durch die militärische Einberufung des Sohnes oder durch die persönlichen Verhältnisse des Unternehmers so geändert haben, daß die früher begründete Versicherungspflicht nicht mehr besteht, ist zunächst der Prüfung der Versicherungsgenossenschaft vorzubehalten.

Anspruch eines Soldaten auf Entschädigung wegen Unfalls bei einer ohne Erlaubnis der Militärbehörde aufgenommenen Tätigkeit.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 2. November 1917.

Der Kläger gehörte zwar zur Zeit seines Unfalls vom 20. Juni 1916 dem Soldatenstande an, diese Tatsache schließt aber nicht aus, daß er nach der Reichsversicherungsordnung gegen den Unfall versichert war. Der § 554 Nr. 2 RVO. erklärt als versicherungsfrei Militärpersonen der Unterklassen, für die das Mannschaftsversorgungsgesetz (RGBl. 1906 S. 593) gilt. Der Kläger unterfiel diesem Gesetze nicht, als er am Unfalltage in seiner freien Zeit außerhalb seines dienstlichen Wirkungskreises in dem nach der Reichsversicherungsordnung versicherten unfallbringenden Betriebe tätig wurde; denn das Mannschaftsversorgungsgesetz findet nur Anwendung bei Beschädigungen im Militärdienste, welch letzterem auch, wie in der von den Vorinstanzen angezogenen Verordnung des Kriegsministeriums vom 17. Mai 1916 besonders hervorgehoben ist, die Tätigkeit in einem Privatbetriebe zuzurechnen ist, zu der der Soldat kommandiert wird. Diese Voraussetzungen treffen auf den Kläger nicht zu. Er mag sich der Militärbehörde gegenüber strafbar gemacht haben, indem er ohne deren Erlaubnis die Beschäftigung in dem unfallbringenden Betriebe aufnahm, er war aber bei dieser Tätigkeit freier Arbeiter, der einen gültigen Arbeitsvertrag mit dem Unternehmer eingehen konnte und eingegangen ist, und daraus folgt zwingend seine Versicherung gegen Unfall nach der Reichsversicherungsordnung. Daß diese Versicherung nur bei einer Urlaubserteilung durch die Militärbehörde gegeben sei, ist eine irrtümliche Auffassung der Beklagten. In solchem in der erwähnten Verordnung hervorgehobenen Falle tritt es nur besonders deutlich hervor, daß der Soldat der allgemeinen Versicherung unterfällt; darüber hinaus hat dies aber für jede freie, d. h. nicht militärisch angeordnete Tätigkeit des Soldaten in versicherten Betrieben zu gelten, wie das Oberversicherungsamt zutreffend dargelegt hat. Die Beklagte hat hiernach den Unfall des Klägers zu entschädigen. Die Feststellung der Rente und des Jahresarbeitsverdienstes ist nicht ausdrücklich angefochten, es bestehen auch keine Bedenken dagegen. Der Rekurs war somit zurückzuweisen.

Sprechsaal.

Zur Beitragszahlung nach § 397 Abs. 1 RVO.

Die Bestimmung des § 397 Abs. 1 RVO., wonach die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen sind, ist in vieler Beziehung, z. B. hinsichtlich ihrer rechtlichen Natur und ihres Anwendungsgebietes, umstritten und hat demgemäß schon viele Erörterungen hervorgerufen. Nachdem nun auf Grund der Bundesratsverordnung vom 22. November 1917 die meisten Kassen den Grundlohn und die Beiträge heraufgesetzt haben, taucht häufig die Frage auf, welche Beiträge der mit der Abmeldung säumige Arbeitgeber zu zahlen hat, die bisherigen oder die in der Zeit zwischen dem Ausscheiden des Versicherten aus der Beschäftigung und seiner Abmeldung geänderten Beiträge. Die Zweifelhaftigkeit dieser Frage läßt sich nicht verkennen; da die Begründung des Gesetzes nichts dafür ergibt, muß die Beantwortung aus der Bestimmung selbst gesucht werden.

Die Vertreter der Ansicht, daß der säumige Arbeitgeber trotz der Beitragsänderung die bisherigen Beiträge fortzuzahlen habe, berufen sich dafür zunächst auf den Wortlaut des Gesetzes, der auch scheinbar für ihre Ansicht spricht. Die Bestimmung lautet nicht etwa dahin, daß bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung „Beiträge zu zahlen sind“ oder „die Verpflichtung zur Beitragszahlung besteht“, sondern es heißt, wie schon früher im § 52 Abs. 1 Satz 4 KrVersGes.: „Die Beiträge sind . . . . fortzuzahlen.“ Einmal der Gebrauch des bestimmten Artikels — die Beiträge — und dann vor allen Dingen der Ausdruck „fortzuzahlen“, sollen besagen, daß niemals andere als die bisherigen Beiträge geschuldet werden. Und für diese dem Wortlaut entnommene Auslegung des Gesetzes wird auch ein innerer Grund angeführt: Mag die Rechtsnatur der Bestimmung dahingestellt bleiben, fest steht, daß es sich hier um Fälle handelt, in denen Beiträge zu entrichten sind, ohne daß das die Versicherungspflicht begründende Beschäftigungsverhältnis noch besteht; eben aus diesem Umstande glaubt man folgern zu müssen, daß das, was auf das Versicherungsverhältnis im Falle seines Fortbestehens

von Einfluß sein würde, nämlich die Beitragserhöhung, hier, wo es nicht fortbesteht, einflußlos sein müsse.

Näherer Prüfung aber hält diese Auslegung doch nicht stand; sie entspricht nicht dem Sinn und Zweck der Bestimmung, macht ihrer Durchführung unnötige Schwierigkeiten und führt zu einer unbilligen Härte. Zunächst ist es nicht richtig, wenn man sich für sie auf den Wortlaut des Gesetzes beruft. Die Wahl des Ausdrucks „fortzuzahlen" ist ganz gerechtfertigt und erklärlich, da der Arbeitgeber ja schon vorher Beiträge zu entrichten hatte, und wenn es nicht einfach „Beiträge" heißt, sondern „die Beiträge", so würde man doch zu weit gehen, wollte man aus der Anwendung des bestimmten Artikels folgern, daß ausnahmslos die bisherigen Beiträge gemeint sein sollten. Man wird nicht übersehen dürfen, daß in den weitaus überwiegenden Fällen natürlich nur die bisherigen Beiträge in Betracht kommen, da der Fall einer Beitragsänderung in der Zeit zwischen dem Ausscheiden des Versicherten aus der Beschäftigung und seiner Abmeldung nur sehr selten eintreten wird; an diesen Ausnahmefall hat der Gesetzgeber offenbar gar nicht gedacht, sondern er hat einfach nur das Fortbestehen der Verpflichtung des säumigen Arbeitgebers zur Beitragszahlung feststellen, also nicht zugleich bestimmen wollen, daß ausnahmslos in jedem Fall die bisherigen Beiträge fortzuzahlen seien. Dabei hat er die hierfür durchaus passende Ausdrucksweise des Krankenversicherungsgesetzes gewählt, und es hätte etwas Gezwungenes, aus ihr für den bei ihrer Abfassung gar nicht in Erwägung gezogenen Ausnahmefall der Beitragsänderung herauslesen zu wollen, daß auch dann die alten Beiträge fortzuzahlen seien; man darf nicht aus einem Gesetz etwas herauslesen, was man erst selbst hineingelesen hat. Aber auch der vermeintliche innere Grund für die hier bekämpfte Auslegung versagt. Allerdings besteht das Versicherungsverhältnis nicht mehr, und so scheint die Ansicht etwas für sich zu haben, daß man auch nicht mehr hinsichtlich der Höhe der trotzdem noch zu zahlenden Beiträge darauf zurückgreifen dürfe. Aber in Wirklichkeit tut man das doch und muß es tun, und zwar gerade im Regelfall, in welchem ganz zweifellos die bisherigen Beiträge weiterhin geschuldet werden, weil man jedenfalls insoweit das frühere Versicherungsverhältnis als fortbestehend unterstellt. Dann muß man aber folgerichtig auch im Ausnahmefall so verfahren, und demgemäß kommt man zu dem Ergebnis, daß der mit der Abmeldung säumige Arbeitgeber die Beiträge schuldet, die er, falls das Versicherungsverhältnis fortbestehen würde, auf Grund der Beitragsänderung schulden würde, also entweder die höheren oder die niedrigeren Beiträge.

Dieses Ergebnis befriedigt auch aus dem Gesichtspunkte der Durchführung der Bestimmung heraus, denn die Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erfährt die Kasse ja eben erst durch die Abmeldung, und solange der Arbeitgeber seiner Verpflichtung zuwider die Abmeldung nicht beschafft hat, soll und muß die Kasse das Verhältnis als fortbestehend ansehen; sie ist also nicht verpflichtet, vor jeder Beitragshebung sich zu vergewissern, ob das Verhältnis noch besteht, sondern hat das mangels Abmeldung anzunehmen und hebt demgemäß die üblichen Beiträge, also im Falle einer Änderung natürlich wie bei allen anderen Mitgliedern auch nicht mehr die bisherigen, sondern die erhöhten oder die erniedrigten Beiträge.

Und gerade für den Fall einer Erniedrigung der Beiträge zeigt sich die Berechtigung des hier vertretenen Standpunktes, denn es wäre eine vom Gesetz offenbar nicht gewollte Härte, den säumigen Arbeitgeber, zu dessen Ungunsten das bereits gelöste Versicherungsverhältnis als fortbestehend angesehen wird und der deshalb weiter Beiträge zahlen muß, höher zu belasten, als er im Falle des Fortbestehens des Versicherungsverhältnisses belastet sein würde. Die Bestimmung des § 397 Abs. 1 hat Strafcharakter und deshalb ist ihre erweiternde Auslegung unzulässig. Werden aber demnach im Falle der Herabsetzung die geänderten Beiträge geschuldet, so muß selbstredend gleiches für den Fall gelten, daß die Beiträge heraufgesetzt werden; darin liegt keine Härte für den Arbeitgeber, denn er wird dann auch nicht mehr belastet, als er es beim Fortbestehen des Versicherungsverhältnisses sein würde.

Regierungsrat Heine,
Stellvertretender Vorsitzender des Versicherungsamts Hamburg.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Voraussetzungen der Kriegswochenhilfe.

1. Nach Zittau. Antwort: Zu den Voraussetzungen der Kriegswochenhilfe gehört nach § 1 Ziff. 1 der Bek. v. 3. 12. 14, daß der Ehemann dem Reiche Kriegs- usw. Dienste leistet „oder" an deren Weiterleistung „oder" an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert ist. Diese Fassung ist ungenau: das „oder" an zweiter Stelle muß durch „und" ersetzt werden. Im anderen Falle würde die Kriegsdienstunfähigkeit des Mannes infolge von Verwundung usw. dauernd als Voraussetzung für die Gewährung der Wochenhilfe an die Frau genügen, auch wenn der Mann längst wieder erwerbsfähig ist. Mit Recht faßt aber die Praxis (soweit wir übersehen, wohl einmütig) die Vorschrift dahin auf, daß der Ehemann sowohl an der Weiterleistung der Kriegsdienste als auch an der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindert sein muß. Denn die Absicht der Vorschrift ist offenbar, die Fürsorge auf solche Frauen zu beschränken, deren Männer außerstande sind, für Frau und Kind zu

sorgen. Besonders deutlich ist das ausgedrückt in dem Bescheide des Reichskanzlers v. 30. 3. 16 (ArbVers. 1917 S. 583). Danach ist der Kreis der zur Wochenhilfe berechtigten Ehefrauen von Kriegsteilnehmern beschränkt „durch den Ausschluß derjenigen Kriegsteilnehmer, welche noch imstande sind, eine Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen".

Krankenversicherung belgischer Landarbeiterinnen in Deutschland.

2. **Nach Z.** Antwort: Nach den uns vorgelegten Vertragsbedingungen liegt kein Anlaß zu der Annahme vor, daß auf die belgischen Mädchen, die in Deutschland als Landarbeiterinnen in Dienst getreten sind, irgendwelcher Zwang zur Annahme der Stellung ausgeübt worden wäre. Vielmehr haben sie offenbar auf Grund freier Entschließung sich verdungen und demgemäß den Aufenthalt in Deutschland gewählt. Hiernach wären sie als freie Arbeiterinnen anzusehen und würden der Krankenversicherung unterliegen. Für diese wäre es dann auch ohne Bedeutung, daß sie aus polizeilichen Gründen besonderen Meldepflichten unterworfen wären. Die Bek. v. 2. 11. 16 (ArbVers. 1916 S. 793) findet auf diese Personen allerdings keine Anwendung, weil sie erst während des Krieges nach Deutschland gekommen sind; aber sie sind, als freie Arbeiterinnen, nach den allgemeinen Grundsätzen der RVO. versicherungspflichtig.

a) Wegfall der Versicherungspflicht mit dem Eintritt dauernder Berufsunfähigkeit nach dem AngestVersGes. b) Wartezeit für die Leistungen an Hinterbliebene.

3. **Nach Mogilno.** Fragen: a) Unser früherer Geschäftsführer war mit vierteljährlicher Kündigung angestellt vom 15. 2. 15 bis 1. 10. 17 und für diese Zeit bei der Angestelltenversicherung gemeldet. Am 26. 4. 17 erkrankte er arbeitsunfähig und unheilbar; daraufhin wurde ihm am 1. 7. 17 gekündigt unter Weiterzahlung des Gehalts bis 1. 10. 17. Im Juli wurde er bei der Angestelltenversicherung abgemeldet. Nun verlangt diese auch die Beiträge für Juli, August und September 1917. Ist sie dazu berechtigt?

b) An derselben Krankheit starb der Kranke am 15. 1. 18. Hat nun die Witwe Anspruch auf Sterbegeld und Rente auch für ihre 6 unmündigen Kinder?

Antwort: a) Versicherungspflichtig ist nach § 1 Abs. 3 in Verbindung mit § 25 AngestVersGes. nur wer dauernd berufsunfähig ist oder während 26 Wochen ununterbrochen berufsunfähig gewesen ist. Nach Ihren Angaben ist anzunehmen, daß der erste dieser beiden Fälle, dauernde Berufsunfähigkeit, schon mit der Erkrankung am 26. April 1917 eingetreten und somit die Beitragspflicht vom Mai ab weggefallen ist (§ 170).

b) Sterbegeld wird auf Grund der Angestelltenversicherung überhaupt nicht gewährt. Aber auch Anspruch auf Rente haben weder die Witwe noch die Kinder, weil die Wartezeit nicht erfüllt ist (§§ 22, 48, 396). Nur ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der gesamten für den Verstorbenen eingezahlten Beiträge steht der Witwe zu (§ 398).

Kosten für die Inanspruchnahme eines Nichtkassenarztes.

4. **Nach H.** Antwort: Nach § 368 RVO. ist die Krankenkasse berechtigt, die Bezahlung anderer als der Kassenärzte — abgesehen von dringenden Fällen — abzulehnen. Sie kann also nicht dazu gezwungen werden, die Kosten zu übernehmen. Andererseits aber ist sie nicht verpflichtet, die Bezahlung abzulehnen. Die Entscheidung bleibt ihrem Ermessen überlassen. Daher kann sie aber auch sehr wohl nur einen Teil der Kosten übernehmen. Tut sie das, so folgt daraus keineswegs eine Verpflichtung, alle Kosten für die Inanspruchnahme des Nichtkassenarztes zu tragen.

Anrechnung des Krankengeldes auf das Gehalt eines Kassenangestellten.

5. **Nach Wasungen.** Antwort: Die Bestimmung der Dienstordnung, wonach den Kassenangestellten bei Erkrankungen und anderen unverschuldeten Dienstbehinderungen das Gehalt für drei Monate weitergezahlt wird, ist nur eine nähere Ausgestaltung der gesetzlichen Vorschrift in § 616 Satz 1 BGB. Deshalb wird, obwohl die Dienstordnung es nicht ausdrücklich hervorhebt, auch die weitere gesetzliche Vorschrift in Satz 2 a. a. O. anzuwenden sein, wonach der Angestellte sich den Betrag anrechnen lassen muß, der ihm für die Zeit der Behinderung aus einer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung bestehenden Kranken- oder Unfallversicherung zukommt. Hiernach kann der Kassenangestellte Krankengeld neben dem Gehalt nicht beanspruchen.

Krankenhauspflege als „vollständiger Unterhalt" (§ 1506 RVO.)?

6. **Nach Witten.** Frage: Ein Krankenkassenmitglied ist in der Zeit vom 29. Januar bis 11. August 1917 wegen Gürtelrose, fieberhaften Bronchialkatarrhs, Herzmuskelentzündung, Furunkulose und Abszeßbildung im Krankenhause verpflegt worden. Er erhielt Wohnung, Essen, Kleidung, Licht, Heizung, Pflege, Arznei und ärztliche Behandlung. Die Kasse bestreitet das Vorliegen der Voraussetzung des § 1506 Abs. 2 RVO. und ist nicht bereit, die Kosten des Unterhaltes im Krankenhause in Höhe des vollen Krankengeldes — bis zum halben Grundlohn — zu erstatten. Der Kranke lebt seit mehreren Jahren von seiner in Braunschweig wohnenden Familie getrennt (gerichtlich geschieden). Er wohnte hier in einem Gasthause und stand zur Zeit der Aufnahme ins Krankenhaus in keinem Arbeitsverhältnis mehr. Stellt die Gewährung des Unterhaltes in dem oben angeführten Umfange sich als „Gewährung des vollständigen Unterhalts in einer Anstalt" im Sinne der vorgenannten Gesetzesstelle dar? — vgl. insbesondere die Entscheidung des RVA. vom 23. November 1915, Amtl. Nachr. 1916 S. 360.

Antwort: Wir verneinen die Fragen und halten die Auffassung der Kasse für richtig. Sie entspricht auch der Auffassung des Reichsversicherungsamts, wie sie in einer Entscheidung v. 11. 6. 13 (Nr. 1750 Amtl. Nachr. 1913 S. 673, ArbVers. 1913 S. 825) auf Grund der Entstehungsgeschichte der §§ 1506, 1536 RVO. eingehend begründet ist. Dort ist ausgeführt, daß auch unter der Herrschaft der RVO. die Verpflegung in einem Krankenhause nur in seltenen Ausnahmefällen als Gewährung des „vollständigen Unterhalts in einer Anstalt" angesehen werden könne, nämlich dann, wenn der im Krankenhaus Untergebrachte „dauernd oder doch für lange Zeit vollständig aus seinen bisherigen Lebensverhältnissen und seiner Lebensstellung herausgerissen ist". Davon kann nicht die Rede sein bei einem Manne, der ohne Familienanhang im Gasthause

lebte und in keinem Arbeitsverhältnisse stand, als er ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Er wird nach seiner Entlassung wieder, wie vor seiner Aufnahme, in der Lage sein, ins Gasthaus zu gehen und sich nach einem Arbeitsverhältnis umzutun. Er ist also durch die, wenngleich achtmonatige, Unterbringung nicht wesentlich in seinen Lebensverhältnissen berührt worden.

Fragen der Weiterversicherung.

7. Nach Danzig. Antwort: a) Der Übertritt in eine niedere Lohnstufe, auch in die niedrigste, ist nach § 313 RVO. allen zur Weiterversicherung Berechtigten gestattet, also auch denen, die durch Überschreiten der Verdienstgrenze aus der Versicherungspflicht ausscheiden. Im gegebenen Falle dürfte aber das Recht zur Weiterversicherung kaum begründet sein. Denn das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht vollzog sich nicht erst durch die Entscheidung, wonach die in Frage stehenden Personen zu den Angestellten in gehobener Stellung gehören, sondern diese Entscheidung hat nur die Bedeutung einer tatsächlichen Feststellung; das Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung vollzog sich kraft Gesetzes (§ 165 Abs. 2 RVO.) in dem Zeitpunkt, in welchem der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst jener Personen 2500 ℳ überstieg, auch wenn sie sich über Zugehörigkeit zu der im § 165 Abs. 1 Ziff. 2 bezeichneten Personenklasse im Irrtum befunden haben sollten. Hiernach dürfte die Dreiwochenfrist aus § 313 Abs. 2 wohl ungenutzt verstrichen und das Recht zur Weiterversicherung erloschen sein.

b) Dauernd arbeitsunfähige Pflichtmitglieder können sich nach ihrer Aussteuerung durch die Krankenkasse nach § 313 weiterversichern und in die niedrigste Stufe übertreten. Für sie beginnt die Dreiwochenfrist erst mit Ablauf der Dauer der Kassenleistungen, da sie erst hiermit aufhören Pflichtmitglieder zu sein (§ 311). Daß sie dann, obwohl sie überhaupt kein Arbeitseinkommen haben, in derselben Stufe versichert sind, wie die zu 1. erwähnten Angestellten, die gerade wegen ihres hohen Einkommens aus der Versicherungspflicht ausscheiden, ist freilich seltsam, aber nach Lage des Gesetzes nicht zu ändern.

c) Für freiwillig Weiterversicherte bestimmt sich die Klasse oder Lohnstufe niemals nach ihren jeweiligen Einkommensverhältnissen, sondern sie bleiben (sofern sie nicht von dem Übertrittsrecht Gebrauch machen) in der Klasse oder Lohnstufe, der sie beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört haben. Das gilt auch für Personen, die schon unter der Herrschaft des KrVersGes. aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und sich nach damaligem Rechte (§ 27) weiterversichert haben. Wenn die Kasse meint, sie könne jetzt nach 15 bis 20 Jahren nicht mehr feststellen, ob diese Personen früher versicherungspflichtig gewesen seien, und wenn die Kasse daraus herleitet, daß diese Personen nur als freiwillige Mitglieder „entsprechend ihrem Einkommen" beitreten könnten, so ist entgegenzuhalten, daß das, was so lange Zeit unbeanstandet gegolten hat, doch wohl eine starke Vermutung der Rechtmäßigkeit für sich hat und daß es Sache der Kasse wäre, diese Vermutung zu widerlegen.

d) In dem geschilderten Falle kommt Weiterversicherung aus den von Ihnen angegebenen Gründen nicht in Frage. Durch das am 1. Mai 1916 angetretene Beschäftigungsverhältnis würde der aus der Kasse Ausgeschiedene wieder Pflichtmitglied der Kasse geworden sein. Da aber die Voraussetzungen des § 169 RVO. gegeben waren, war er versicherungsfrei und konnte, bei einem Diensteinkommen von nur 1700 ℳ, nach § 176 freiwillig beitreten, wie es auch geschehen ist. Er gehörte in die seinem Arbeitsverdienst entsprechende Stufe und mußte bei fortschreitender Steigerung dieses Verdienstes in die höheren Stufen eingereiht werden. Ist dies bei der Beitragserhebung nicht beachtet worden, so ist der der Kasse gebührende Mehrbetrag noch jetzt nachzuholen. Während für diese Frage nur der Entgelt für die zum Beitritt berechtigende Beschäftigung in Betracht kommt, kommt es für die Frage des Erlöschens der Versicherungsberechtigung nach § 178 auf das Gesamteinkommen an. Die Kasse hat also nach § 314 Abs. 2 zu verfahren, wenn sie glaubhafte Kenntnis davon hat, daß das gegenwärtige Einkommen an Arbeitsverdienst, Teuerungszulagen, Familienbeihilfen, Zinsen usw. 4000 ℳ übersteigt.

a) Wählbarkeit von Vertretern der Arbeitgeber. b) Pflicht der Angestellten, sich zu den Vorstandssitzungen zuziehen zu lassen.

8. Nach Völklingen. Fragen: a) Kann ein besoldeter Beigeordneter als Arbeitgebervertreter Mitglied des Vorstandes und ein Amtsbaumeister als Arbeitgebervertreter Mitglied des Ausschusses einer Ortskrankenkasse sein? Bemerkt wird, daß beide dem Bürgermeister unterstellt sind, d. h. sie sind nicht befugt, Leute selbständig einzustellen oder zu entlassen. Die sonstigen Funktionen der beiden Genannten sind in gewissem Sinne als selbständig anzusehen, d. h. also innerhalb ihres Geschäftskreises, wie schließlich bei jedem anderen Beamten, Sekretär usw.

b) Nach § 66 unserer Satzung „kann" entsprechend der Auslegung des § 11 RVO., der Vorsitzende des Vorstandes zu den Sitzungen Angestellte, welche die Geschäfte der Kasse erledigen, als Auskunftspersonen zuziehen. Muß der Angestellte dieser „Kann"-Vorschrift Folge leisten, oder ist diese Vorschrift so zu verstehen, daß es dem Vorsitzenden dem Vorstand oder Ausschuß gegenüber erlaubt ist, Angestellte zuzuziehen, ohne daß letztere diesem Ersuchen Folge zu leisten brauchen?

Antwort: a) Wir bejahen die Wählbarkeit auf Grund des § 13 Abs. 2 RVO. Als Vertreter der Stadtgemeinde in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeberin der in den städtischen Betrieben Beschäftigten kommt in erster Reihe der Bürgermeister in Betracht. Der Beigeordnete wird als sein berufener Vertreter und demgemäß als „bevollmächtigter Betriebsleiter", der Amtsbaumeister aber entweder gleichfalls als solcher oder doch jedenfalls als „Betriebsbeamter" anzusehen sein. Die Befugnis, Arbeiter einzustellen oder zu entlassen, ist nicht notwendige Voraussetzung für die Annahme einer leitenden Stellung in den fraglichen Betrieben.

b) Ob der Kassenangestellte sich von dem Vorsitzenden zu den Sitzungen zuziehen lassen „muß", darüber hat nicht die Satzung, sondern die Dienstordnung Bestimmung zu treffen. Das braucht natürlich nicht ausdrücklich zu geschehen. Es kommt darauf an, ob eine solche Dienstleistung nach dem Gesamtinhalt des besonderen Anstellungsverhältnisses als zu den Dienstpflichten des Angestellten gehörig angesehen werden kann. Der Regel nach wird man das wohl annehmen können.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Kroschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Bacher u. a. m.

Heft 1210 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 1. Juni 1918 | Heft 16

Zum Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.*)

Vom Geheimen Oberregierungsrat Düttmann in Oldenburg Grh.

Leitsätze.

Die Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten nimmt, entsprechend den in den Vollversammlungen zu Leipzig und Heidelberg und Leipzig im April 1916, Juni 1917 und Januar 1918 einstimmig gefaßten Beschlüssen, zur Frage einer Änderung der die Höhe der Leistungen und der Beiträge der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung regelnden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung in folgender Weise Stellung:

1. Die Gewährung von Beihilfen an einen großen Teil der Rentenempfänger der Arbeiterversicherung ist notwendig geworden. Die durch die Bundesratsverordnung vom 3. Januar d. Js. eingeführten Rentenzulagen entsprechen den zu stellenden Anforderungen nicht.

2. An die Stelle dieser Zulagen muß ohne Rücksicht auf die Bedürftigkeit eine in Bruchteilen der einzelnen Rente zu bemessende Erhöhung der Renten treten.

3. Die Versicherungsanstalten halten ihren rechtlichen Standpunkt aufrecht, daß die Tragung der Teuerungszulagen ausschließlich Sache des Reichs ist, und erwarten, daß die Bundesregierungen diesem auch vom Reichstage einmütig geteilten Rechtsstandpunkt sich anschließen werden. Sollte diese Erwartung nicht in Erfüllung gehen und die Versicherungsanstalten gegen die Billigkeit mit diesen Teuerungszulagen belastet bleiben, dann müssen sie verlangen, daß ihrer wirtschaftlichen Gefährdung sowohl auf dem Wege der Beitragserhöhung als auch auf dem der Erhöhung des Reichszuschusses abgeholfen wird.

4. Die jetzt einzuführende Erhöhung der Renten kann nicht wieder in Wegfall gebracht werden. Sie kann in zutreffender Weise nur vorgenommen werden, wenn man sich vorher über den anzustrebenden Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung klar geworden ist. Bei diesem Ausbau muß die Förderung einer gesunden Bevölkerungspolitik als ein Hauptziel mit ins Auge gefaßt werden.

5. Die Zahlung der Kinderrenten an Versicherte mit drei und mehr Kindern unter 15 Jahren in Verbindung mit einer entsprechenden Erhöhung der Kinderzuschüsse zu den Invalidenrenten und der Waisenrenten bietet einen geeigneten Weg zur Verminderung der wirtschaftlichen Nöte der kinderreichen Familien und hilft damit einen der Gründe des Geburtenrückganges beseitigen.

6. Daneben bleibt eine wirksame Wohnungsfürsorge für die kinderreichen Familien, insbesondere für die großstädtischen Verhältnisse erforderlich, die mit Unterstützung des Reichs und des Staats von der Gemeinde unter Heranziehung der Arbeitgeber übernommen werden muß.

7. Durch die Ausdehnung der Versicherungspflicht und die Erhöhung der Mindestzahl der Beiträge bei der freiwilligen Versicherung muß einerseits der Kreis der Versorgungsbedürftigen vollständiger erfaßt, andererseits die Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger besser gesichert werden.

8. Bei der Neubemessung der Beiträge, die durch Erhöhung der Leistungen erforderlich wird, muß mit Rücksicht auf die schwere wirtschaftliche Lage die Gegenwart auf Kosten der Zukunft entlastet werden.

9. Unter Fortfall der freiwilligen Zusatzversicherung wird die bisherige Angestelltenversicherung in Form einer Pflichtzusatzversicherung organisch mit der allgemeinen Invalidenversicherung verbunden. Selbstverständlich dürfen die angesammelten und weiter zu entrichtenden Beiträge nur zugunsten der versicherten Angestellten verwendet werden.

Zur Begründung dieser Leitsätze dienten die nachstehenden Ausführungen:

Der Ständige Ausschuß hatte sich bei den der Versammlung zu unterbreitenden Vorschlägen in dem Rahmen zu halten, der durch die einstimmigen Beschlüsse der drei letzten Vollversammlungen gegeben ist. Er konnte das um so mehr tun, als inzwischen keinerlei Umstände eingetreten sind, die einen Anlaß zu einer Änderung dieser Beschlüsse geben könnten. Das gilt insbesondere bezüglich der durch den Bundesratsbeschluß vom 3. Januar d. Js. eingeführten Rentenzulagen und, wie ich vorgreifend bereits jetzt bemerken will, bezüglich der Tragung der durch ihre Zahlung bedingten Kosten.

Inzwischen ist die Zentralstelle für Invalidenversicherung, die von der Versammlung von Versichertenvertretern in den Organen der Versicherungsanstalten im Herbst 1915 eingesetzt wurde, am 14. Februar d. Js. mit einer Eingabe an den Bundesrat und den Reichstag herangetreten, die sich in den Grundzügen mit dem Leipziger Beschluß deckt, in Einzelheiten aber, wie an späterer Stelle auszuführen sein

*) Bericht, erstattet in der Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten zu Berlin am 13. und 14. Mai 1918. — Zu vgl. ArbVers. 1918 Heft 5 S. 81 ff. und Heft 14 S. 276, wo die Leitsätze, deren Begründung dieser Bericht gibt, zum Abdruck gelangt sind.

wird, zu Bedenken Anlaß geben muß, wenn auch im ganzen zugestimmt werden kann.

Bereits in dem am 19. Januar d. Js. gefaßten Beschluß stellten wir uns auf den Standpunkt, daß die Gewährung von Beihilfen an einen großen Teil der Rentenempfänger der Arbeiterversicherung notwendig geworden sei, daß die ohne Rücksicht auf die örtlichen und persönlichen Verhältnisse festgesetzten Rentenzulagen der Bundesratsverordnung vom 3. Januar d. Js. aber den zu stellenden Anforderungen nicht entsprächen. Wenn im Anschluß daran festgestellt wurde, daß sie leider für 1918 nicht mehr geändert werden könnten, so ist damit bereits gleichzeitig ausgesprochen, daß sie mit Jahresschluß verschwinden müßten und die an sich notwendige Erhöhung der Renten in anderer Weise zu erfolgen habe.

Es wird nun nicht möglich sein, bis zum Jahresschluß völlig neue Bestimmungen über die Berechnung der Renten einzuführen. Anderseits ist es nicht zulässig, auf eine Nachprüfung der Frage zu verzichten, ob die jetzige Art der Rentenberechnung nicht wenigstens bei einer Erhöhung der Leistungen eine Änderung zu erfahren hat, weil die ihr anhaftenden Mängel dann noch stärker hervortreten werden. Jedenfalls wird nicht mit der von der Zentralstelle für Invalidenversicherung angeregten und dem Vernehmen nach auch im Reichswirtschaftsamt in erster Linie in Erwägung gezogenen Erhöhung des Grundbetrags der Invalidenrente den Hauptmängeln abgeholfen. Den daraus sich ergebenden Vorteilen würden kaum minder große Nachteile gegenüberstehen. Weiteres darüber später. Die Frage der dauernden Rentenerhöhung kann unter allen Umständen nur im Zusammenhange mit den Fragen über die Erhöhung der Verdienstgrenze, Einrichtung höherer Lohnklassen, Wartezeit und Anwartschaft beantwortet werden. Insbesondere bedarf es dabei eingehender Prüfung, ob denn die außerordentlich geringe Beitragsleistung, mit der nicht nur alle Rechte aufrecht erhalten werden können, sondern sogar noch eine Erhöhung der Leistungen erreicht wird, noch länger zum Schaden der Zwangsversicherten zugelassen werden darf. Die Leistungsfähigkeit der Invalidenversicherung wird durch die Beschränkung der Beitragsleistung bis auf jährlich 10 Wochenbeiträge stark gefährdet und der an sich erwünschte Ausbau vielleicht unmöglich gemacht.

Man wird sich also hinsichtlich der Erhöhung der bereits laufenden und bis zum Inkrafttreten einer weitergehenden Gesetzesänderung noch festzusetzenden Renten zu einer vorläufigen Regelung entschließen müssen, die für diese Renten freilich endgültig bleiben muß, aber einer Änderung der Berechnungsgrundlage für die später festzusetzenden Renten nicht im Wege stehen darf. Deshalb muß man sich vorher über das anzustrebende Ziel im wesentlichen klar geworden sein, damit die sofort einzuführende Rentenerhöhung den späteren Rentenbeträgen möglichst angepaßt wird. Unter Ziffer 4 der Leitsätze wird darauf ausdrücklich hingewiesen.

Wenn der Fortfall der einzuführenden Rentenerhöhung nicht zu erwarten ist, kann die Erhöhung nicht mehr in der Form von Zulagen bewirkt werden, wie gegenwärtig auf Grund der Bundesratsverordnung. Denn die dauernde Beibehaltung von doppelten Zahlungen muß ausgeschlossen erscheinen. Das trifft in erhöhtem Maße zu, wenn man an die Stelle einheitlicher Zulagenbeträge solche in verschiedener Höhe treten lassen wollte.

Wir kommen deshalb nicht daran vorbei, einmal eine Umrechnung aller laufenden Renten, die einer Erhöhung bedürfen, vorzunehmen, der Post neue Anweisungen zu erteilen und auch jeden Rentenempfänger von der Erhöhung zu benachrichtigen, damit die Ausstellung richtiger Rentenquittungen ermöglicht wird. Daß das bei rund 1½ Millionen Renten, die in Frage kommen können, eine ganz gewaltige Arbeit ist, und daß diese Arbeit in jeder zulässigen Weise erleichtert werden muß, damit sie, zumal unter den gegenwärtigen Verhältnissen, durchgeführt werden kann, bedarf nicht weiterer Begründung.

Unmöglich wäre es, auf Grund besonderer Ermittlungen über die wirtschaftlichen Verhältnisse des einzelnen Rentenempfängers darüber zu befinden, ob und in welcher Höhe ihm eine Rentenerhöhung zuteil werden soll. Weder die Versicherungsanstalten noch die Behörden, deren Hilfe sie in Anspruch nehmen müßten, würden die damit verbundene Arbeit leisten können. Mit Rücksicht darauf, daß die Bundesratsverordnung vom 17. Januar d. Js. solche Ermittlungen für das Gebiet der Unfallversicherung vorsieht, schien es angebracht zu sein, ähnliche Bestimmungen für die vielfach zahlreicheren Renten der Invalidenversicherung ausdrücklich abzulehnen.

Dem Bedürfnis des Rentenempfängers wird immerhin schon in ziemlich weitem Umfange entsprochen, wenn die Rentenerhöhung nicht mehr wie jetzt für alle Renten einheitlich bemessen wird, sondern nach Bruchteilen der einzelnen Rente. Das tritt besonders deutlich in die Erscheinung bei den Invalidenrenten mit Kinderzuschüssen. Diese Zuschüsse sind bekanntlich vom Reichstage gegen den Widerspruch der Regierung beschlossen und durch Streichung der Beschränkung im § 1291 RVO. in den freilich ziemlich seltenen Fällen des Vorhandenseins von mehr als fünf Kindern unter 15 Jahren auch gegen den Widerspruch erhöht worden.

Bei dieser Haltung der Reichsregierung erscheint es geboten, mit erhöhtem Nachdruck darauf hinzuweisen, daß nicht nur das Interesse dieser unter dem Verlust ihrer Arbeitskraft am meisten leidenden Invaliden und das Interesse ihrer Familien eine Erweiterung der Fürsorge fordern, sondern auch das Interesse der Allgemeinheit. Es kommt bei der schon in Leipzig und ebenso in der Eingabe der Zentralstelle für Invalidenversicherung geforderten besonderen Berücksichtigung dieser Rentenempfänger nicht nur eine allgemeine Erhöhung der Kinderzuschüsse in Frage, sondern, wenn einmal im Widerspruch mit dem Versicherungsgedanken den mit ihren Ansprüchen abgefundenen Rentenempfängern nachträglich Rentenerhöhungen bewilligt werden, dann wird auch zu prüfen sein, ob die Empfänger von Invalidenrenten, die bereits vor dem Inkrafttreten der RVO. invalide wurden, auch in Zukunft noch von dem Bezuge von Kinderzuschüssen ausgeschlossen bleiben sollen. Selbstverständlich müßte die Rentenerhöhung in diesem Falle von einem Antrage abhängig gemacht werden, während sie im übrigen von Amts wegen erfolgen kann.

Von der Benennung bestimmter Bruchteile, um welche die Erhöhung der Renten erfolgen soll, ist abgesehen. Vielleicht ist zu späterer Zeit eine bestimmtere Stellungnahme tunlich. Jetzt schien uns das nicht der Fall zu sein, weil die Sachlage sich noch zu wenig abgeklärt hat. Wohl darf davon ausgegangen werden, daß die Aufwendungen für die Arbeiterversicherung, wenn sie richtig bemessen und verteilt werden — es kommt dabei auch auf die Heranziehung des Reichs zu den Kosten an —, die wirtschaftliche Lage nicht schwächen, sondern stärken, und

man braucht deshalb nicht allzu ängstlich einem Anwachsen der Lasten entgegenzusehen. Auch ist es ein nicht zu unterschätzender Gewinn, wenn die weiten Kreise der Versicherten den ernstlichen Willen erkennen, ihnen und ihren Hinterbliebenen die Überwindung der in den nächsten auf den Friedensschluß folgenden Jahren in erhöhtem Umfange hervortretenden Schwierigkeiten zu erleichtern. Aber es darf auf der anderen Seite nicht verkannt werden, daß eine erhebliche Steigerung der Belastung vorübergehend unerwünscht sein kann, weil sie die wirtschaftliche Lage einstweilen mehr erschweren kann, als sie durch die erhöhten Leistungen erleichtert wird. Es wird viel darauf ankommen, wie Deutschland aus dem Kriege hervorgeht, also namentlich auf die Friedensbedingungen.

Wenn im Leitsatz 2 von „Bruchteilen der einzelnen Rente" die Rede ist, so soll damit angedeutet werden, daß sehr wohl für die verschiedenen Arten von Renten ein verschiedener Bruchteil angenommen werden kann. Das würde z. B. naheliegen, wenn auch die Altersrenten eine Erhöhung erfahren sollen, deren Empfänger nach der Erfrühung des Rentenbezugs um fünf Jahre zu einem sehr großen Teile noch in recht erheblichem Umfange arbeitsfähig und infolgedessen ganz wesentlich günstiger gestellt sind, als die Invalidenrentner, deren Bezüge gleichwohl im Durchschnitt nur wenig höher sind, nach dem Zugang im Jahre 1916 noch nicht um 11 M jährlich.

Jedenfalls dürfen, worauf auch der Leipziger Beschluß bereits hinwies, die Waisenrenten nicht, wie bisher, von der Erhöhung ausgeschlossen bleiben. Wenn auch gegenwärtig 75—80 v. H. der Waisenrenten an Kriegerwaisen bewilligt werden, die gleichzeitig Militärrenten beziehen, also doppelt versorgt sind, so sind doch mehr als 300 000 Waisen allein auf die Renten der Arbeiterversicherung angewiesen, und von ihnen etwa zwei Drittel auf die niedrigeren Renten nach den früheren Bestimmungen des § 1292 RVO. Aber auch die Erhöhung der Waisenrenten durch das Gesetz von 1916 hält sich ja in so engen Grenzen, daß das Bedürfnis einer weiteren Erhöhung nicht bestritten werden kann. Die Verweisung auf die Kriegswohlfahrtspflege der Gemeinden hilft den Waisen nicht mehr als den übrigen Rentenempfängern.

Die Versicherungsträger haben keinen Anlaß, zu der Frage Stellung zu nehmen ob ein dringendes Bedürfnis für die Erhöhung der Renten bei den Empfängern von Militärrenten überhaupt anzunehmen ist. Es wird Sache des Reiches sein, zu prüfen, ob seine Mehrbelastung, die bei schätzungsweise 400 000 Renten an Kriegerwaisen, 100 000 Renten an Kriegsbeschädigte und mehreren Tausend Renten an Kriegerwitwen eine immerhin nicht ganz geringe sein würde, erheblich genug ist, um eine unterschiedliche Behandlung zu rechtfertigen. Dabei würde berücksichtigt werden müssen, ob mit Wahrscheinlichkeit in Bälde die schon lange erörterte allgemeine Erhöhung der Bezüge der Kriegsbeschädigten und der Hinterbliebenen von Kriegsteilnehmern zu erwarten ist. Für die Arbeitslast der Versicherungsanstalten würde es nicht von allzu großer Bedeutung sein, ob sie diese Doppeltversorgten, die jetzt beide Renten durch die Post ausgezahlt erhalten, zu ermitteln oder eine entsprechend größere Zahl von Renten zu erhöhen haben.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit meinerseits zu der Bemerkung noch Anlaß nehmen, daß für den Fall einer Erhöhung der Bezüge der Kriegsbeschädigten die Gewährung von Zusatzrenten nach Art der Kinderzuschüsse zu den Invalidenrenten in Erwägung gezogen werden sollte. Manchem Kriegsbeschädigten, den nur wirtschaftliche Gründe von der Eheschließung abzuhalten brauchen, würden dadurch seine Bedenken genommen werden. Das ist auch ein Stück Bevölkerungspolitik.

In meinem Aufsatze „Ein Ausbau der Sozialversicherung und der Wohnungsfürsorge nach bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten" (Oldenburg 1918, Verlag des Versicherungsboten, S. 28 ff.) habe ich anzudeuten versucht, wie eine Rentenerhöhung vorläufig vorgenommen werden könnte, um zu einem weiteren Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hinüberzuleiten, die Arbeit der Versicherungsanstalten auf drei Jahre zu verteilen und möglichst einfach zu gestalten. Der eine oder andere der dort gemachten Vorschläge ist bei den Verhandlungen gestreift. Aber zu einer zusammenfassenden Erörterung und Stellungnahme ist es nicht gekommen, weil die allgemeine Aussprache bereits zu dem Ergebnis führte, daß wir uns zur Zeit auf die allgemein gehaltene grundsätzliche Forderung beschränken sollten. Es war im Unterausschuß in Aussicht genommen, allgemein auf meine in mehr oder weniger weitem Umfange auch von einer Reihe von Versicherungsanstalten übernommenen Vorschläge hinzuweisen. Ich habe einen solchen Hinweis in den Entwurf der Leitsätze nicht aufgenommen, weil er mir doch nicht am Platze zu sein schien. Aber auch hier darf ich Ihre Zeit nicht durch näheres Eingehen auf die Vorschläge in Anspruch nehmen, sondern muß mich mit dem allgemeinen Hinweis begnügen.

Wenn einzelne von Ihnen etwa aus dem Wortlaut des Leitsatzes 2 etwas anders herausgelesen haben, als er nach meinen Erörterungen besagen soll, insbesondere einen Widerspruch mit dem Leipziger Beschluß, der der Bundesratsverordnung vom 3. Januar d. Js. gerade den Vorwurf macht, daß sie auf die örtlichen und persönlichen Verhältnisse keine Rücksicht nimmt, so würde vielleicht eine kleine Änderung der Fassung geeignet sein, diesem Mißverständnis vorzubeugen. Es könnte das Wort „eine" vorangestellt werden, so daß es heißen würde: „An Stelle dieser Zulagen muß eine ohne Rücksicht auf die Bedürftigkeit in Bruchteilen der einzelnen Rente zu bemessende Erhöhung der Renten treten". Ich stelle die Stellung eines dahingehenden Antrags anheim, wenn er für angezeigt erachtet werden sollte.

Was nun die Ziffer 3 der Leitsätze anbetrifft, so wiederholt der erste Satz zunächst den Leipziger Beschluß. Es wird von neuem der Rechtsstandpunkt betont: Personen, die mit ihren Ansprüchen aus der Versicherung abgefunden sind, sollen jetzt geschützt werden gegen Schädigungen, die mit dem früheren Versicherungsverhältnis nichts zu tun haben. Freie Überschüsse, aus denen die Aufwendungen allenfalls in den Grenzen gedeckt werden könnten, die den Beiträgen der zu unterstützenden Rentenempfänger entsprechen, sind nicht vorhanden. Wenn das Reich Wohltaten erweisen will, so darf es das nicht auf Kosten der jetzigen und künftigen Versicherten und ihrer Arbeitgeber tun, sondern muß selbst die durch seine Anordnung entstehenden Lasten tragen. Es handelt sich um eine Maßnahme im Interesse des Durchhaltens, deren Kosten die Gesamtheit zu tragen hat. Wenn in Leipzig die Fassung des Beschlusses abgeschwächt ist, nachdem der Antrag nicht, wie ursprünglich beabsichtigt, an den Reichstag, sondern dem Wunsche einiger Anwesenden entsprechend an den Herrn Reichskanzler gerichtet wurde, so darf daraus

nicht auf eine Änderung unserer Auffassung geschlossen werden. Was Gesetz ist, ist noch nicht recht, und früher oder später muß der Ausgleich erfolgen.

Gegen diesen Rechtsstandpunkt ist bislang noch nichts Stichhaltiges vorgebracht, weder seiner Zeit in Leipzig noch später. Vertretern des Ständischen Ausschusses ist zwar, wie Ihnen bekannt, am 15. Februar d. Js. gelegentlich der Aussprache im Reichswirtschaftsamt erklärt worden, daß bei dem Widerstande des Reichsschatzamts nicht daran zu denken sei, daß das Reich mehr leiste als die zinslose Gewährung des Vorschusses für 1918. Aber das ist selbstverständlich keine sachliche Begründung. Sit pro ratione voluntas. Der in Leipzig gemachte Versuch, die Heranziehung der Versicherungsträger als eine Kriegsnotwendigkeit zu rechtfertigen, ist nicht wiederholt worden. Er dürfte auch kaum den Wünschen des Reichsschatzamts entsprochen haben, da dies doch wohl nicht auf den Gedanken gekommen ist, durch den Verkauf der Ersatzforderungen gegen die Versicherungsträger sich Barmittel zu verschaffen, und nicht wünscht, in diesen Verdacht zu kommen. Die günstige Gelegenheit, einen Teil der immer mehr anwachsenden Lasten auf andere Schultern abzuwälzen, mag um so mehr gelockt haben, als man damit vielleicht gleichzeitig weiteren Mehrforderungen vorbeugen zu können glaubte.

Es wird wohl auch niemand unter uns erwartet haben, daß das Reichsschatzamt auf die Vorteile seines Sieges über das Reichswirtschaftsamt — ich nehme bis auf weiteres an, daß dieses den Standpunkt seines Vorgängers, des Reichsamts des Innern, daß die Kosten der Rentenerhöhungen nicht den Versicherungsträgern aufgebürdet werden dürften, nicht ohne jeden Widerspruch aufgegeben hat — verzichten würde ohne einen stärkeren Druck, als wir ihn auszuüben vermögen. Immerhin ist es bezeichnend, daß die Leipziger Geschäftsstelle des Wolffschen Telegraphenbureaus, wie sie erklärte, auf Weisung von Berlin hin, die Verbreitung des in Leipzig gefaßten Beschlusses ablehnte im Gegensatz zu der Bereitwilligkeit, mit der das genannte Bureau die Beschlüsse früherer Vollversammlungen bekannt gab.

Es fragt sich nun, ob der infolge eines interfraktionellen Antrags bei der bevorstehenden dritten Beratung des Haushaltsplanes zu erwartende Beschluß des Reichstags, daß die Kosten der Rentenzulagen zu Lasten des Reiches bleiben müßten, Reichsregierung und Bundesrat veranlassen wird, den sonst kaum beanstandeten Satz, daß man Geschenke nur auf eigene Kosten machen darf, tatsächlich anzuerkennen. Die Verhandlungen am 7. und 8. Mai lassen erkennen, daß es dem Reichstage keineswegs gleichgültig ist, daß die Reichsregierung sich über seine Beschlüsse hinweggesetzt hat. Die Auslegung des § 3 des Ermächtigungsgesetzes, über die einer der Herren Vertreter des Reichswirtschaftsamts sich in Leipzig in einer die Rechte des Reichstags einschränkenden Weise äußerte, im Reichstage aber, soweit die Zeitungsberichte erkennen lassen, nichts gesagt ist, kaum eine Rolle spielen. Wenn der Reichstag jetzt erklärt hat, daß er hinsichtlich der Kostentragung den Meinungswechsel der Reichsregierung nicht mitmache, und bei seiner wiederholt geäußerten Ansicht verbleibe, wird die erstere es sich gewiß sehr überlegen, ob sie bei der Handhabung eines Gesetzes, das wie kein zweites auf einem Vertrauensverhältnis beruht, dem Reichstag gegenüber einen schroffen Standpunkt einnehmen will, indem sie eine Änderung der Bundesratsverordnung ablehnt und damit den Reichstag zu einer Entschließung zwingt, ob er die Aufhebung der ganzen Verordnung fordern oder sich bei dem seiner wiederholten Meinungsäußerung widersprechenden Inhalt beruhigen will. Die Regierung hat überdies demnächst die Zustimmung des Reichstags ja nötig, wenn es sich um eine Erhöhung der Beiträge handelt. Er könnte sie verweigern, wenn die Aufhebung der §§ 9—12 der Bundesratsverordnung abgelehnt wird.

Einstweilen haben wir, glaube ich, allen Grund, anzunehmen, daß der Reichstag, wie bisher, so auch in Zukunft die Versicherungsanstalten mit den von ihnen vertretenen Interessen der Versicherten gegen die Belastung mit ungerechtfertigten Auflagen schützen und die dazu geeigneten Mittel anwenden wird. Daß die Versicherten und deren Arbeitgeber leistungsfähiger seien, als die Gesamtheit der Steuerzahler und deshalb dem Reiche die Belastung mit den Rentenzulagen abnehmen müßten, wird man dem Reichstage wohl nicht zu sagen wagen. Die richtige Antwort wäre sonst, daß die §§ 9—12 der Bundesratsverordnung vom 3. Januar d. Js. am unrichtigen Platze ständen und in den Gesetzentwurf gehörten, der demnächst den Ausbau der Kriegsgewinnsteuer bringen soll.

Was in Leipzig bezüglich der Kosten der jetzigen Rentenzulagen ausgesprochen wurde, das gilt auch hinsichtlich der für die nächsten Jahre zu zahlenden Rentenerhöhungen, soweit sie sich als Teuerungszulagen darstellen. Der Rechtsgrund ist ganz derselbe. Erst wenn bei einer umfassenden Gesetzesänderung durch anderweite Bemessung des vom Reiche zu übernehmenden Anteils an den erhöhten Lasten ein Ausgleich geschaffen wird, kommt die Übernahme der jetzigen Rentenerhöhungen von seiten der Versicherungsträger in Frage. Es würde ein durchaus erwünschtes Ergebnis sein, wenn durch die Belastung des Reiches mit den Kosten der vorläufigen Rentenerhöhung dessen Interesse an dem endgültigen Ausbau der Invalidenversicherung gesteigert wird. Auf der anderen Seite müßte befürchtet werden, daß das Reich auch demnächst den ihm zukommenden Beitrag zu den erhöhten Aufwendungen verweigern und dadurch der Ausbau in dem zu wünschenden Umfange unmöglich werden würde, wenn ihm jetzt die Abwälzung der Rentenzulagen gelingen sollte. Wir dürfen erwarten, daß wir auch in dieser Beziehung beim Reichstag volles Verständnis finden.

Ohne von unserem Rechtsstandpunkt abzugehen, haben wir doch im dritten Leitsatz die Folgen gezogen für den Fall, daß trotz allem das Reich sich jetzt der ihm zukommenden Verpflichtung entzieht. Es soll dann nicht nur eine ausreichende Beitragserhöhung eintreten, sondern das Reich hat unter allen Umständen auch einen angemessenen Anteil zu den erhöhten Kosten beizutragen. So wie es bisher rund ein Drittel der Lasten trug, darf es sich auch jetzt nicht mit dem Verzicht auf die Zinsen für die vorgeschossenen 100 Millionen der ersten 11 Monate loskaufen und die Deckung aller übrigen Mehrausgaben den Versicherungsträgern überlassen wollen. Vielmehr müßte es auch demnächst ein Drittel der gesamten neuen Aufwendungen auf sich nehmen.

Das war übrigens auch vor einem halben Jahre noch die Auffassung des Reichswirtschaftsamts. Denn bei den Beratungen des Reichshaushaltsausschusses im Herbst v. J. erklärte der damalige Unterstaatssekretär Schwander, daß es sich wahrscheinlich um dauernde Ausgaben handle, die einen Mehraufwand von rund 150 Millionen Mark ausmachen, woran das Reich wiederum mit 45 Millionen Mark beteiligt wäre. Es entspricht das vollständig den zu stellen-

den Anforderungen, sobald es sich um die dauernde Regelung der Deckungsfrage nach der endgültigen Einführung höherer Leistungen handelt. Hoffentlich erinnert man sich im Reichswirtschaftsamt dieser Erklärung seines damaligen Leiters auch später wieder.

Bezüglich der Beitragserhöhung ist bekanntlich unseren Vertretern im Reichswirtschaftsamt eröffnet, daß die Deckung der Kosten der Rentenzulagen für jedes der drei Jahre, für welche die Rentenerhöhungen einstweilen in Aussicht genommen seien, nach den Grundsätzen der Kapitaldeckung eine Beitragserhöhung um $^{7}/_{10}$ ₰, also zusammen $2^{1}/_{10}$ ₰, erfordere — in Leipzig war uns, wie Sie sich erinnern werden, gesagt, daß die 100 Millionen des Jahres 1918 nur eine Beitragserhöhung um $^{1}/_{10}$ ₰ erforderten, und zwar war diese Zahl nicht einmal, sondern wiederholt genannt. Es war dann aber weiter ausgeführt, daß mit dieser Beitragserhöhung den Versicherungsanstalten nicht die erforderlichen Mittel zufließen würden, um den Vorschuß für das Jahr 1918 anteilig erstatten und die Rentenerhöhungen in den beiden nächsten Jahren zahlen zu können, daß es dazu vielmehr einer Beitragserhöhung um etwa die Hälfte bedürfen würde. Bei dieser Erhöhung der Beiträge auf 150 v. H. der jetzigen Beträge handelt es sich also nicht um eine nach den Vorschriften des § 1389 RVO. aufgestellte Berechnung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen, sondern um die Beantwortung der einfachen Frage: „Um welche Summen müssen die Beitragseinnahmen der Versicherungsanstalten in den Jahren 1919 und 1920 erhöht werden, damit ihnen die Mittel zur Deckung der in diesen Jahren zu bestreitenden Kosten der Rentenerhöhungen zur Verfügung stehen?"

Eine so weit gehende Beitragserhöhung sollte überhaupt nicht in Frage kommen können, wenn man sich nicht bereits dahin schlüssig gemacht hat, dauernde Erhöhungen der Leistungen eintreten zu lassen, die auch über das Jahr 1920 hinaus Beiträge in der in Aussicht genommenen Höhe erfordern. Ob das der Fall sein wird, steht bis jetzt nicht fest. So kann man denn trotz der vorher erwähnten Ausführungen des früheren Unterstaatssekretärs Schwander noch an die Möglichkeit denken, daß zum 1. Januar 1921 wieder eine Herabsetzung der Beiträge eintreten wird, soweit das Ergebnis der gemäß § 1391 RVO. vorzunehmenden Prüfung der Beitragshöhe dazu führt. Das wäre eigentlich ein handgreiflicher Beweis für das Verfehlte der Bestimmungen der Bundesratsverordnung über die Tragung der Kosten, wenn infolgedessen das Wirtschaftsleben gerade in den beiden Jahren mit den höchsten Beiträgen belastet würde, in denen die Lage voraussichtlich die unsicherste sein wird.

Im Februarheft der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung ist inzwischen verraten, wie man sich die Wiedereinbringung des Vorschusses gedacht, wenn man es auch nicht gesagt hat. Es heißt dort (Sp. 77): „Diese Aufwendungen sollen dem Gemeinvermögen zur Last fallen; die Versicherungsträger haben sie nach Maßgabe des am 31. Dezember 1918 vorhandenen für die Gemeinlast bestimmten Teiles ihres Vermögens zu erstatten." Geltung würde das natürlich erst erlangen, wenn der Bundesrat in einer ergänzenden Verordnung oder das Reichsversicherungsamt in weiteren Ausführungsbestimmungen es auch vorgeschrieben haben. Die Aufwendungen können allerdings, wie ich bereits in Leipzig hervorhob, füglich nur als ein Teil der Gemeinlast behandelt werden. Aber es ist das doch nicht so selbstverständlich, daß es einer entsprechenden Vorschrift gar nicht bedarf. Noch weniger trifft dies zu bezüglich der Verteilung auf die Versicherungsträger gemäß dem Bestande des Gemeinvermögens Ende 1918.

Jedenfalls ist damit zu rechnen, daß die Mehreinnahme aus dieser Beitragserhöhung ganz dem Gemeinvermögen zufließen, also nicht auch für andere Zwecke zur Verfügung stehen wird, für die nach dem Kriege, wie in der mehrerwähnten Eingabe der Zentralstelle für Invalidenversicherung mit Recht hervorgehoben wird, erhebliche Kosten zu Lasten des Sondervermögens erwachsen werden. Da die Mehreinnahme sich auf die einzelnen Versicherungsträger sicherlich nicht gemäß dem Bestande des Gemeinvermögens Ende 1918 verteilen wird, sondern vielleicht erhebliche Unterschiede sich ergeben, ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß einigen Versicherungsträgern erheblich weniger aus der Beitragserhöhung zufließen wird, als der Anteil, mit dem sie zur Deckung des Vorschusses beizutragen haben. Wenn das minder leistungsfähige Anstalten trifft, so würde das eine Schädigung ihrer Interessen zur Folge haben können, die bei einer anderen Art der Verteilung sich vermeiden läßt.

Bei dieser Gelegenheit sei ausdrücklich daran erinnert, daß, wie ich wiederholt bereits hervorgehoben habe — ich verweise auf die Ausführungen zum § 1390 RVO. in meinem Kommentar —, die jetzige Berechnung der Beitragshöhe für die einzelne Lohnklasse auf einer unrichtigen Grundlage beruht. Der ermittelte Durchschnittsbeitrag wird dabei nach Verhältnis der Höhe der in der einzelnen Lohnklasse zu zahlenden Renten, Witwengelder und Waisenaussteuern zugrunde gelegt. Die Aufwendungen für Verwaltungskosten, Heilverfahren und für sonstige Nebenleistungen, die sich mehr nach der Kopfzahl der Versicherten als nach der Höhe der ihnen in der Lohnklasse zu gewährenden Renten usw. bemessen, bleiben bei dieser Berechnung unberücksichtigt. Die für diese Zwecke erforderlichen Mittel werden infolgedessen den Anstalten mit einem unter dem Mittel liegenden Durchschnittsbeitrag zu einem Teile vorenthalten. Verschärft wurde diese an sich unrichtige Regelung noch dadurch, daß man bei der Beitragsfestsetzung im § 1392 RVO. die Beiträge in den unteren Lohnklassen nach unten abrundete. Gemildert ist sie inzwischen durch das Gesetz von 1916, das die für alle Klassen gleiche Erhöhung des Wochenbeitrags um 2 ₰ brachte. Der Zuschlag für die genannten Aufwendungen, der in dem Durchschnittsjahresbeitrag mit 2,4916 also rund 2,50 ℳ enthalten ist, muß mit diesem Betrage auch in die Rechnung bei Ermittlung des Jahresbeitrags in der einzelnen Lohnklasse eingeführt werden. Nur der zur Deckung der Rentenlast bestimmte Teil des Beitrags darf nach dem im § 1390 Abs. 2 RVO. vorgesehenen Verfahren festgesetzt werden. Daß hierauf dann auch bei der Verteilung der Beitragseinnahmen auf Sondervermögen und Gemeinvermögen Rücksicht zu nehmen ist, liegt auf der Hand. Es kommt nun noch hinzu, daß gerade die Anstalten, die bei der seit 1900 bestehenden Berechnungsweise zu kurz kommen, auch schon vorher Fehlbeträge aufwiesen, die nun notwendig seit 1900 von Jahr zu Jahr weiter zunehmen mußten. Wenn Sie hören, daß im Jahre 1915 der Durchschnittsbeitrag bei allen Versicherungsträgern rund 35 ₰, bei der Landesversicherungsanstalt Ostpreußen dagegen nur rund 26 ₰ betrug, daß für Verwaltungskosten, Heilverfahren usw. in jedem Beitrag in Ostpreußen durchschnittlich nur 4,42 ₰ aufgebracht wurden statt 5,95 ₰, insgesamt

statt 840 000 M nur 625 000 M, also 215 000 M zu wenig, so können Sie danach ermessen, wie ungünstig die Lage dieser Anstalt und anderer, die, wie Posen, Niederbayern usw. sich in ähnlicher Lage befinden, durch die geltenden Vorschriften beeinflußt wird. Eine Änderung des § 1390 Abs. 1 RVO. mit der daraus sich ergebenden Änderung des § 1397 muß daher zu den dringendsten gerechnet werden.

Das allermindeste ist also, daß das Reich ein Drittel der Kosten der Rentenerhöhungen selbst trägt; wenn dann zwei Drittel der Kosten den Versicherungsträgern zugeschoben werden, so muß bei der dadurch bedingten anderweiten Festsetzung der Beiträge gleichzeitig auch dafür gesorgt werden, daß dem Sondervermögen ausreichende Mittel zur Bestreitung der übrigen den Anstalten zufallenden Ausgaben zufließen.

Auf weitere Einzelheiten möchte ich um so weniger eingehen, da wir allen Grund haben, damit zu rechnen, daß das Reich sich nicht länger der Erfüllung seiner Verpflichtungen entziehen wird und infolgedessen die Befürchtungen hinfällig werden, die durch die Bundesratsverordnungen vom 3. Januar d. Js. hervorgerufen werden mußten. Ich glaube, daß das auch die Empfindung bei allen Anstalten gewesen ist, denn nur in der sicheren Erwartung einer gedeihlichen Weiterentwicklung ihrer wirtschaftlichen Lage konnten sich die Anstalten in dem weiten Umfange, in dem es geschehen ist, an der 8. Kriegsanleihe beteiligen. Es sind von den 31 Anstalten 166,5 Millionen Mark gezeichnet, rund 17 Millionen mehr als auf die 7. Kriegsanleihe, auf beide Anleihen zusammen weit mehr als das Vierfache des im Jahre 1916 erzielten Vermögenszuwachses. Die Schuldverpflichtungen, welche die Träger der Invalidenversicherung eingegangen sind, um dem Reiche Mittel zur kraftvollen Weiterführung des Krieges bereitstellen zu können, werden gegenwärtig den Betrag von 800 Millionen überschreiten und ein Drittel ihres Reinvermögens erreichen.

Es ist unsere amtliche Pflicht, die Interessen der Versicherten mit aller Kraft zu vertreten. Wenn uns dabei von anderer Seite Unterstützung zuteil wird, so empfinden wir das als eine Aufmunterung zu freudiger Weiterarbeit. Fehlt uns die Hilfe, so soll uns das eine Mahnung sein, die eigenen Anstrengungen zu verdoppeln. Wenn uns gleichwohl ein Erfolg im gegenwärtigen Augenblick nicht beschieden sein wird, so würden wir nicht erlahmen, sondern immer von neuem wieder die uns anvertrauten Interessen geltend machen, bis ihnen Rechnung getragen ist. Einmal wird das Recht siegen.

„Die jetzt einzuführende Erhöhung der Renten kann nicht wieder in Wegfall gebracht werden.“ Diese Einleitung des 4. Leitsatzes bildet eigentlich den Kernpunkt unserer ganzen Verhandlungen. Gewiß wollen wir nicht in den Fehler verfallen, gegenwärtig, wo man mit Milliarden rechnet wie früher mit Millionen, die Drittelmilliarde, welche die Rentenerhöhungen während der Jahre 1918 bis 1920 zum mindesten erfordern werden, als nicht allzu sehr ins Gewicht fallend hinzustellen. Wir wissen recht wohl, welche Werte damit erhalten werden können, wenn sie in den nächsten Jahren den Anstalten für eine großzügige Wohlfahrtspflege im Interesse der Beseitigung der durch den Krieg hervorgerufenen gesundheitlichen Schäden zur Verfügung stehen würde. Aber wir würden vielleicht nicht so zähen Widerstand leisten und könnten uns bei dem Gedanken, daß es bei den Bestimmungen der Bundesratsverordnung vom 3. Januar d. Js. verbleiben soll, leichter beruhigen, wenn der Vermerk: „künftig wegfallend“ — deutlich und unanfechtbar daneben stände und die Tatsachen nicht stärker wären als solche Bestimmungen und wenn wir nicht fürchten müßten, daß die jetzige Belastung mit allen Kosten dauernd uns bleiben würde.

Im Herbst 1917 sprach, wie ich schon erwähnte, bereits der Unterstaatssekretär Schwander davon, daß es sich wahrscheinlich um dauernde Ausgaben handle. Die Zentralstelle für Invalidenversicherung fordert in ihrer mehrfach genannten Eingabe gewiß in Übereinstimmung mit der großen Mehrzahl der Versicherten eine dauernde Erhöhung der Invalidenrenten, weil mit einer erheblichen Verteuerung der Lebensführung gegenüber der Zeit vor dem Kriege zu rechnen bleibe. Und ich glaube, auch unter Ihnen ist keiner, der die bisherige Höhe der Rente für den Invaliden, für die Witwe und die Waisen als ausreichend bezeichnen und für den Wegfall einmal bewilligter Erhöhungen ohne Ersatz sich aussprechen möchte. Auch darüber dürfte Einstimmigkeit herrschen, daß ein Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sich nicht auf die passende Einfügung der jetzt als fremdartige Gebilde lose angehängten Rentenerhöhungen in den Rahmen der gesetzlichen Leistungen, auf die entsprechende anderweite Festsetzung der Beiträge und die Einführung der zahlreichen Verbesserungsvorschläge, die uns gestern hier beschäftigten, beschränken darf. Die Forderung einer Ausdehnung der Versicherungspflicht auf weitere Kreise von Fürsorgebedürftigen und des Aufbaues höherer Lohnklassen ist bereits gestern erhoben, um die Versorgung zu erweitern, gleichzeitig aber auch die Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger besser zu sichern. Es ist klar, daß diese Änderungen notwendig ihre Rückwirkung haben müssen auf andere Bestimmungen des Gesetzes. Besprochen ist bereits der Einfluß, den sie auf die Vorschriften über Wartezeit und Anwartschaft haben könnten. Mir obliegt es, hier wenigstens in den Grundzügen darzulegen, welche Änderungen zweckmäßig bezüglich der Berechnung der Renten vorzunehmen sind, um einerseits die Zahlung einigermaßen auskömmlicher Renten auch bei frühzeitigem Eintritt der Invalidität oder des Todes zu ermöglichen, andererseits aber einer Ausbeutung der Versicherung durch den Erwerb unverhältnismäßig hoher Rentenansprüche auf Grund einer wenig umfangreichen Beitragsleistung vorzubeugen. Ich erwähnte schon, daß von der Zentralstelle für Invalidenversicherung eine Erhöhung des Grundbetrags der Invalidenrente zur Erwägung gestellt und, wie es heißt, im Reichswirtschaftsamt sogar eine gleichmäßige Erhöhung des Grundbetrags in allen Lohnklassen in Anregung gebracht ist, so daß es auf eine Beibehaltung der gegenwärtigen Rentenzulagen hinauskommen würde. Dagegen ist bereits in Leitsatz 2 Stellung genommen. Bei einer solchen Regelung würde man mit der unverhältnismäßig weitgehenden Erhöhung der Renten der unteren Lohnklassen übrigens auch zu einer außerordentlich großen Beitragssteigerung in diesen Klassen kommen, durch welche die Beteiligten denn doch stark überlastet werden könnten. Das Ihnen bekannte Mißverhältnis, daß von dem niedrigen Arbeitsverdienst ein weit größerer Bruchteil als Versicherungsbeitrag in Anspruch genommen wird, als von dem höheren, würde also noch erheblich gesteigert werden. Andererseits wird die Forderung höherer Renten weit mehr in den Kreisen der hochgelohnten Versicherten erhoben als in denen der niedrig gelohnten.

Um den schlimmsten Ausbeutungsmöglichkeiten

vorzubeugen, würde bei einer Erhöhung des Grundbetrags der Rente wohl die Vorschrift des § 1288 RVO., daß nur die 500 höchsten Wochenbeiträge zu berücksichtigen sind, eine Änderung erfahren sollen. Abgesehen davon, daß man dann in den Regelfällen, in denen junge Versicherte zunächst in eine niedrige Lohnklasse eingetreten sind, mit der einen Hand zu einem großen Teile wieder nehmen würde, was man mit der anderen Hand gegeben hatte, und zu ähnlichen Ergebnissen käme wie auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung, würde man dann die ungerechtfertigte Bevorzugung der schon jetzt nicht geringen Zahl von Versicherten, die erst in höherem Lebensalter eintreten oder mit verhältnismäßig wenigen Beiträgen in hohen Lohnklassen die Versicherung aufrecht erhalten, nicht beseitigen, und die Zwangsversicherten, für welche regelmäßig Beiträge entrichtet werden, würden in Zukunft noch mehr als bisher die Geschädigten sein. Denn mit der Erhöhung der Leistungen und dem Aufbau höherer Lohnklassen würde der Anreiz und die Möglichkeit einer Ausbeutung der Versicherung außerordentlich zunehmen. Außerdem würde das widersinnige Ergebnis, daß derselbe Betrag ganz verschieden auf die Rentenhöhe einwirkt, je nachdem er in einer hohen oder niedrigen Lohnklasse entrichtet ist, noch mehr zutage treten. So spricht denn alles gegen ein derartiges Vorgehen.

Ich habe in meinem mehrerwähnten Aufsatz den Grundsatz aufgestellt, daß bei der Bemessung der Invalidenrente auf den Umfang der Beitragsleistung im Verhältnis zu der Zeit von der Vollendung des 16. Lebensjahres bis zum Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Versicherungswert der Beiträge mehr Rücksicht zu nehmen sei. Wenn der Beitrag des 60jährigen die Versicherung 30 mal so stark belastet wie der des Versicherten im Alter von 20 bis 40 Jahren, so verlangt die Gerechtigkeit eine Berücksichtigung dieses Umstandes bei der Rentenbemessung. Auf Seite 8 ff. habe ich dort nähere Ausführungen dazu gegeben, und darunter auch an einem Beispiel gezeigt, wie der Grundgedanke etwa verwirklicht werden könnte. Wie man da vorgehen will, ist Zweckmäßigkeitsfrage und ohne eingehende, versicherungstechnische Prüfung nicht zu entscheiden. Mit dem Grundgedanken werden Sie aber gewiß alle einverstanden sein. Denn darüber kann ja kein Zweifel sein, daß der Versicherte, für den seit dem Eintritt in das versicherungspflichtige Alter ohne wesentliche Unterbrechungen Beiträge geleistet sind, in erster Linie Anspruch auf auskömmlich bemessene Renten für sich und seine Hinterbliebenen hat. Und ebensowenig wird sich bestreiten lassen, daß eine starke Ermäßigung der Rentenansprüche bei verspätetem Eintritt in die Versicherung und großen Lücken in der Beitragsleistung das beste Mittel ist, den Versicherungsträgern größere Einnahmen an Beiträgen zuzuführen, ohne die sie ihre Aufgaben nun einmal nicht erfüllen können.

Eine solche Rentenminderung ist auch der beste Weg, um die Bestimmungen über die Anwartschaft so zu mildern, daß die Härten verschwinden, die mit dem längeren Bestehen der Invalidenversicherung zunehmend zu lebhaften und nicht unberechtigten Klagen Anlaß geben. Also Steigerung der Anforderungen für den, der sich die vollen Vorteile sichern will, Herabsetzung der Leistungen für den, der nur im geringen Umfange Beiträge leisten kann oder will. Das versteht jeder. Der völlige Verlust aller Rechte nach langjähriger Beitragsleistung nicht ganz selten infolge eines Irrtums, jedenfalls aber oft gerade wegen der außerordentlich geringen Anforderungen, die das Gesetz stellt, wird als ein Verstoß gegen Treue und Glauben empfunden, der weit mehr schädigt, als die Belastung durch die verhältnismäßig doch recht wenigen Renten, die aus solchem Anlaß versagt werden müssen, rechtfertigt. Die Streichung der die Anwartschaft betreffenden Bestimmungen ohne Ersatzvorschriften ist natürlich ausgeschlossen, da dann außerordentlich große Ausfälle eintreten könnten. Das Ergebnis der Beratungen im Ständigen Ausschuß beweist, daß man wohl Grundsätze aufstellen, aber nicht zu greifbaren Vorschlägen kommen kann, solange Art und Bemessung der gesetzlichen Leistungen nicht im wesentlichen feststehen.

Auf dem von mir vorgeschlagenen Wege wird man ohne allzu große Weiterungen dem anzustrebenden Ziele einer Rentenbemessung, die dem Bedürfnisse der Rentenberechtigten und dem Versicherungswert der für sie geleisteten Beiträge entspricht, nahe kommen und gleichzeitig die Einnahmen der Versicherungsträger besser sichern können.

Jetzt zu den auf dem Gebiete der Bevölkerungspolitik liegenden Anregungen!

Schon der einmütig gefaßte Beschluß der Heidelberger Vollversammlung stellte die Forderung auf, daß ohne jeden weiteren Verzug in großzügiger Weise mit wirksamen Mitteln gegen den Geburtenrückgang eingegriffen werde, und sprach sich dahin aus, daß bei einem zweckentsprechenden Ausbau der Sozialversicherung von deren Trägern eine erfolgreiche Tätigkeit zur Bekämpfung des Geburtenrückgangs erwartet werden dürfe. Im Sinne dieses Beschlusses wird im Leitsatz 4 dieser Ausbau gefordert. Einer weiteren Begründung würde es in diesem Kreise an sich nicht bedürfen, und ich will mich einer Wiederholung meiner vorjährigen Ausführungen selbstverständlich enthalten.

Nach der ersten grundsätzlichen Stellungnahme der Reichsregierung auf dem Gebiete der Bevölkerungspolitik in der Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, auf welche die Begründung des gleichzeitig dem Reichstag vorgelegten Entwurfs eines Gesetzes gegen die Verhinderung von Geburten verweist, könnte es aber den Anschein haben, als wenn die Reichsregierung, die 1911 und 1916 der vom Reichstag beschlossenen Verwirklichung bevölkerungspolitischer Gesichtspunkte in der Reichsversicherungsordnung widersprach, auch jetzt noch der furchtbaren Gefahr, die dem Vaterlande durch den Geburtenrückgang droht, mit einer zu großen Zurückhaltung gegenübersteht und noch glaubt, sich abwartend verhalten zu dürfen, wo höchste Gefahr im Verzuge ist. Eine nach meinem Gefühl zu große Bedeutung wird in der Begründung dem gewiß höchst erfreulichen Rückgang der Sterblichkeit beigemessen, der bisher noch den Geburtenrückgang in weitem Umfange aufwog. Denn auch nach Beendigung des Krieges werden wir noch längere Zeit mit einer erhöhten Sterblichkeitsziffer zu rechnen haben, soweit nicht der Geburtenrückgang, der die Zahl der bekanntlich stark gefährdeten Säuglinge herabsetzt, damit die Zahl der Todesfälle mindert. Auch der Trost, daß England und Belgien noch etwas ungünstigere Zahlen aufweisen, als Deutschland, wenn man die Geburtenziffer des Jahrzehnts 1881/90 mit denen der Jahre 1912/13 in Vergleich setzt, darf uns nicht beruhigen. Denn das Ergebnis wird sofort ein für uns ungünstiges, wenn man die Jahre 1901 und 1913 miteinander vergleicht. Deutschland ist eben später in diese Bewegung eingetreten, hat dann aber getan, als gelte es Versäumtes nachzuholen, und hat das leider nur allzu gut fertig gebracht.

Der Stand der Geburtenziffer der letzten Jahre vor dem Kriege brauchte uns weit weniger Besorgnis einzuflößen, wenn wir darin das Ergebnis einer allmählich zum Abschluß kommenden Entwicklung erblicken dürften. Wenn wir aber sehen, wie die Bewegung, die zunächst in Berlin und Umgegend stärker in die Erscheinung trat, dann auf die anderen Großstädte und von diesen auf die industriellen Gebiete mit überwiegend städtischer Bevölkerung sich fortpflanzte, aber auch dort nicht Halt machte, sondern auf die mehr ländlichen Bezirke sich ausdehnte, wenn wir ferner aus einem Vergleich der Zahlen erkennen, daß noch nirgends von einer Verlangsamung des Geburtenrückgangs etwas zu verspüren ist, dann kann man nur mit Schrecken an das Ende denken.

Dabei seien die Erscheinungen, die als Kriegsfolgen angesehen werden dürfen, einstweilen ganz ausgeschieden. Schon ohne das Dazwischentreten des Krieges wären wir bei einer weiteren Abnahme der Geburtenziffer in dem seit 1901 beobachteten Grade um das Jahr 1924 zu einem Ausgleich zwischen Geburten- und Sterbeziffer gelangt, und wer will dafür bürgen, daß vorher bereits ein Stillstand in der Bewegung eingetreten wäre, daß wenigstens ein Bevölkerungsrückgang infolge eines Sinkens der Geburtenziffer unter die Sterblichkeitsziffer nicht zu befürchten gewesen wäre.

Mit einem mir unverständlichen Optimismus heißt es weiter in der Begründung, es könne schwerlich damit gerechnet werden, daß die Geburtenziffern in den ersten Jahren nach dem Kriege sich wesentlich über die Zahlen der Jahre 1913/14 erheben werden. Das kann doch überhaupt nicht in Frage kommen. Es müßten ja geradezu Wunder geschehen, wenn der Tod und das Siechtum so vieler in den besten Jahren stehender Männer, wenn die Teuerung und die Unsicherheit der wirtschaftlichen Lage ohne tiefgehenden Einfluß auf die Höhe der Geburtenziffer blieben. So halte ich es denn für völlig ausgeschlossen, daß wir in absehbarer Zeit wieder zu höheren Geburtenziffern kommen als vor dem Kriege, und glaube, daß wir den Ziffern jener Zeit nicht einmal wieder nahe kommen werden, wenn nicht von allen Seiten und mit allen verfügbaren Mitteln eingegriffen wird. Der Abstieg, den uns der Krieg gebracht hat, ist ein so gewaltiger, und der Einfluß, den die ungünstigen Umstände noch längere Zeit ausüben werden, ist ein so großer, daß nicht mehr zu viel Zeit mit Erwägungen und Beratungen verloren gehen darf, sondern gehandelt werden muß.

Wenn die erwähnte Gesetzesbegründung zwar anerkennt, daß die wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die mit einer größeren Kinderzahl verbunden sind, nach Möglichkeit beseitigt oder doch vermindert werden müssen, aber doch die Bemerkung voranstellt, daß der Kampf besonders auch durch eine Einwirkung auf die sittliche Auffassung über die Verpflichtung des einzelnen zur Erhaltung des Volksganzen zu führen sei, so möchte ich recht nachdrücklich betonen, daß bei der Verwirklichung dieser Erwägungen umgekehrt verfahren werden muß. Sonst wird man das Gegenteil von dem erreichen, was man anstrebt.

Ich kann an die sittliche Erneuerung unseres Volkes, von der man insbesondere in der ersten Kriegszeit so oft und so gern sprach, nicht recht glauben. Wohl haben wir uns gewöhnt, über die Forderungen, die im Interesse der Gesamtheit gestellt werden müssen, anders zu denken wie bisher. Aber unser Volk ist nicht in höherem Grade geneigt, auf Lebensgenuß zu verzichten, als vor dem Kriege. Und wenn unsere heimkehrenden Krieger, die zum Teil von vorn anfangen müssen, während andere, die daheim bleiben konnten, sich bereicherten, sehen, daß immer noch beraten und erwogen, aber nicht gehandelt wird, und wenn man ihnen dann mit Mahnungen der gedachten Art kommt, dann werden Hohn und Verbitterung hervorgerufen werden in so hohem Grade, daß selbst später, wenn man Versäumtes nachgeholt hat, den Mahnungen der Erfolg fehlen wird.

Familien, die sich einmal für die Geburtenbeschränkung entschieden haben, von diesem Entschluß abzubringen wird überhaupt nur in recht beschränktem Umfange gelingen. Größere Hoffnung darf man nur darauf setzen, daß es möglich ist, Unschlüssige vor der Versuchung zu bewahren, daß sie auf Abwege geraten.

Rettung ist nach meiner Überzeugung nur davon zu erwarten, daß Regierung und Reichstag übereinstimmend ihren ernsten Willen kundgeben, den wirtschaftlichen Nöten der kinderreichen Familien in großzügiger Weise abzuhelfen, und daß die sofortige Inangriffnahme der gesetzgeberischen Vorarbeiten angeordnet wird. Der am Freitag nach entgegenkommender Erklärung der Regierung vom Reichstag gefaßte Beschluß, in der Wohnungsfrage sei uns eine gute Vorbedeutung. Zum Beweise, daß es sich nicht um leere Versprechungen handelt, sollte nach meinen Vorschlägen kinderreichen Kriegsteilnehmern die Familienunterstützung, wenn auch nur in eingeschränktem Umfange, weiter gezahlt werden, bis die neue Gesetzgebung ihnen den Ersatz bietet.

Im Sinne des Heidelberger Beschlusses spricht sich also der Leitsatz 4 dahin aus, daß bei dem ohne weiteren Verzug vorzubereitenden Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gleichzeitig die Verwirklichung bevölkerungspolitischer Ziele anzustreben ist. Daran anschließend bezeichnet dann der Leitsatz 5 die Gewährung von Kinderrenten an kinderreiche Versicherte und die Erhöhung der Kinderzuschüsse zu den Invalidenrenten und der Waisenrenten als einen geeigneten Weg zur Bekämpfung der wirtschaftlichen Nöte.

Beweggrund ist dabei nicht so sehr die Beseitigung bereits vorhandener Not, als die Schaffung einer festen Bürgschaft für den jungen Familienvater, daß er nicht mehr wie bisher so oft der Geburt des dritten oder eines weiteren Kindes in der Sorge wegen der steigenden Ausgaben mit Angst und Bange entgegenzusehen braucht. Eine wohl nicht reichlich aber doch auskömmlich bemessene Erhöhung seiner Einkünfte — ich hatte für die dritte Lohnklasse bei drei Kindern einen Durchschnittsbetrag von 300 ℳ vorgeschlagen —, auf die er sich durch die eigenen Beiträge einen Anspruch erworben hat, soll ihm in Gestalt der Kinderrente in sicherer Aussicht stehen, sie gibt ihm auch in Tagen der Krankheit und Arbeitslosigkeit einen Rückhalt, sie bleibt ihm als Kinderzuschuß zur eigenen Invalidenrente und bleibt den Kindern als Waisenrente, und zwar ohne Rücksicht auf ihre Zahl, wenn Siechtum oder Tod ihm vorzeitig die Möglichkeit der Versorgung der Kinder nehmen sollten. Der Versicherungsgedanke hat in den letzten 30 Jahren so fest Wurzel gefaßt in der deutschen Arbeiterbevölkerung, daß die Aussicht auf eine solche Versorgung wohl geeignet ist, ein Sicherheitsgefühl zu erzeugen. Auf der anderen Seite wird das Bewußtsein, schon manches Jahr den erhöhten Versicherungsbeitrag gezahlt zu haben und ihn in Zukunft noch weiter zahlen zu müssen, vermutlich nicht selten den Entschluß auslösen, doch auch selbst die Leistungen der Versicherung in Anspruch zu nehmen.

Wiederum anschließend an den Heidelberger Beschluß und an die Entschließung der Leipziger Versammlung von 1916 und in seinen Einzelheiten im wesentlich übereinstimmend mit dem inzwischen in der Freitagssitzung vom Reichstag angenommenen Antrag des Ausschusses für Bevölkerungspolitik fordert der sechste Leitsatz eine wirksame Wohnungsfürsorge für die kinderreichen Familien, davon ausgehend, daß insbesondere in den Großstädten nur in Verbindung mit einer ausreichenden Wohnungsfürsorge wirksame Bevölkerungspolitik getrieben werden kann. Die unmittelbare Fürsorge kann nur die Gemeinde übernehmen. Aber Reich und Staat müssen sie unterstützen, und es muß ihr das Recht zustehen, die Arbeitgeber zur Deckung der Kosten heranzuziehen. Diese Überzeugung bricht sich in letzter Zeit immer mehr Bahn, wie die Zeitungsmeldungen aus den verschiedensten Gegenden des Reiches über ein tatkräftiges Vorgehen von Stadtverwaltungen beweisen. Es gilt, diesem Gedanken baldigst im Wege der Gesetzgebung überall Geltung zu verschaffen. Denn es geht selbstverständlich nicht an, die Verwirklichung eines wesentlichen Teiles der Maßregeln der Einsicht und dem guten Willen der Beteiligten zu überlassen und damit auf ihre lückenlose Durchführung zu verzichten.

Die folgenden Leitsätze 7—9 gelten ganz wesentlich der Deckung der erhöhten Kosten. Zur Vermeidung von Mißverständnissen möchte ich ausdrücklich hervorheben, daß es aus dem Zusammenhang mit den Leitsätzen 1—3 zu erklären ist, wenn hier die Notwendigkeit eines angemessenen Reichszuschusses zu den neuen und erhöhten Leistungen nicht nochmals erwähnt ist. Daß auf die Heranziehung der Gesamtheit insbesondere zu den Kosten der ganz wesentlich doch auch ihren Interessen dienenden bevölkerungspolitischen Maßnahmen nicht verzichtet werden soll, liegt auf der Hand. An dem Drittel, das das Reich zu den Kosten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bisher beitrug, wird auch bei dem Ausbau festzuhalten sein. Bis zum Ausbau aber, wie wir gestern beschlossen, die ganze Mehrbelastung dem Reiche! Später nach meinen Vorschlägen einen Reichszuschuß von 72 ℳ zu den Invaliden-, Alters- und Witwenrenten und von 36 ℳ zu den Kinderrenten, Kinderzuschüssen und Waisenrenten.

Im übrigen ist hervorzuheben, daß die Leitsätze 7—9 in einem inneren Zusammenhang miteinander stehen. Bei erhöhten Leistungen muß, wie bereits vorhin bemerkt, eine sorgfältige Nachprüfung aller Bestimmungen daraufhin erfolgen, ob sie nunmehr etwa die Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger in bedenklichem Grade gefährden. Wenn es sich da als notwendig erweisen sollte, daß in dem einen oder anderen Punkte die Forderungen erhöht werden müssen, so muß das in den Kauf genommen werden. Das gilt in erhöhtem Maße, je mehr die neuen Beiträge sich von den bei voller Kapitaldeckung zu erhebenden Beträgen entfernen werden.

An die volle Kapitaldeckung darf aber einstweilen nicht gedacht werden. Denn einer Zeit, die wie die unserige durch die Abtragung einer gewaltigen Schuldenlast bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit in Anspruch genommen wird, darf nicht zugemutet werden, daß sie gleichzeitig große Rücklagen für die Zukunft mache. Deshalb auch die Forderung, daß die nächsten fünf Jahre das Wirtschaftsleben nicht mit einer Milliarde für die Angestelltenversicherung in ihrer gegenwärtigen Einrichtung belasten, während den versicherten Angestellten während derselben Zeit voraussichtlich kaum die Zinsen dieser Summe zugute kommen werden. Freuen wir uns andererseits, daß wir während der abgelaufenen Zeit unter im ganzen günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen ansehnliche Mittel zurücklegen konnten, die jetzt eine größere Bewegungsfreiheit ermöglichen, und suchen wir sie als eine Rücklage sorgfältig zu schonen und zu erhalten. Aber sprechen wir uns gleichwohl dafür aus, daß sorgfältigst geprüft werde, wie weit einstweilen eine Art Umlageverfahren zulässig erscheint, damit die zur Sicherung der Zukunft unseres Vaterlandes gebotene Ausgestaltung der Sozialversicherung nicht daran scheitert, daß in übertriebener Vorsicht zu strenge Anforderungen hinsichtlich der Bemessung der Beiträge gestellt werden.

Gegen die Beibehaltung der vollen Kapitaldeckung spricht übrigens auch die große Unsicherheit der Rechnungsunterlagen. Die Rentenverteilung erfolgt noch nach den Zahlen, die auf Grund der Rentenbewegung der neunziger Jahre ermittelt sind. Neuere und bessere Unterlagen wird man vermutlich noch nicht haben. Aber sind jene alten Zahlen denn überhaupt für die jetzigen Verhältnisse zutreffend? Die Richtigkeit der für die Belastung durch die Hinterbliebenenrenten angenommenen Unterlagen ist von den verschiedensten Seiten, insbesondere auch mehrfach im Reichstage, angegriffen. Der Krieg hat hier alles über den Haufen geworfen und es werden noch Jahre vergehen, bevor brauchbare Unterlagen gesammelt werden können. Daß die Belastung durch die Einführung des Altersrentenbezugs im Reichsamt des Innern doppelt so hoch angenommen wurde, als sich nachher auf Grund der mit Hilfe der Versicherungsträger angestellten Ermittlungen herausstellte, ist noch in Ihrer aller Erinnerung.

Unter solchen Umständen kann man gegenwärtig besonders wenig Vorliebe für eine unbeschränkte Herrschaft der Versicherungsmathematiker haben. Lebhaft aber ist der Wunsch der Versicherungsanstalten, nicht länger nur Steinträgerdienste zu leisten und die Unterlagen zusammenzutragen ohne jeden Einfluß darauf, ob und wie sie bearbeitet werden. Nach der Richtung hin sieht es mit der Selbstverwaltung gegenwärtig höchst kümmerlich aus. Die Krankenkassen setzen ihre Beiträge selbst fest; die Versicherungsanstalten können sich nicht einmal die Unterlagen beschaffen für die Begründung von Anträgen. Deshalb mein Vorschlag, daß die Einrichtung einer gemeinsamen Geschäftsstelle, von der das von den Versicherungsträgern gelieferte Material unter ihrer Mitwirkung bearbeitet wird, gesetzlich vorgeschrieben wird. Durch das Zusammenarbeiten mit den Versicherungsmathematikern der Regierung dürfen dann mit größerer Wahrscheinlichkeit für später einwandfreie Ergebnisse erwartet werden als bisher, wo die Möglichkeit einer ausreichenden sachverständigen Nachprüfung fehlte. Das erzeugte notwendig Mißtrauen selbst da, wo kein Grund dazu vorlag. Umgekehrt wird die Mitarbeit Vertrauen hervorrufen.

Also den Zeitverhältnissen Rechnung tragend einstweilen ein möglichst weitgehendes Herabdrücken der Beiträge, wenn durch die Umstände geboten bis herab auf die zur Deckung der laufenden Ausgaben erforderlichen Höhe, und mit der Wiedererstarkung des wirtschaftlichen Lebens steigende Sicherheitszuschläge, bis zuletzt die volle Kapitaldeckung wieder erreicht ist. Das sind auch Kriegsnotwendigkeiten, wenn sie sich auch erst als Folgen des Krieges ergeben.

Was uns heute beschäftigt, kann nicht in wenigen Monaten seine volle Verwirklichung finden. Man

kann sich aber über das Grundlegende verständigen und das Ergebnis kann maßgebender Richtpunkt sein für die alsbald vorzunehmende vorläufige Regelung, der dann sofort die Vorbereitung der endgültigen Regelung folgen sollte.

Der Reichstag hat, wie Sie wissen, in den letzten Tagen die Bildung eines besonderen Ausschusses für Sozialpolitik beschlossen. Hoffen wir, daß das Ergebnis unserer jetzigen Arbeiten zu den ersten Beratungsgegenständen des neuen Ausschusses gehören und dort Beachtung finden wird. Hoffen wir aber vor allem auch, daß die entgegenkommenden Erklärungen, die wir gestern von berufener Seite hörten, zu einem fruchtbringenden Zusammenarbeiten mit dem Reichswirtschaftsamt führen. Wenn auch gestern zum Teil die Gegensätze die Verhandlungen zu beherrschen schienen, so bewegt uns doch derselbe Gedanke, das Wohl der arbeitenden Klassen nach Kräften zu fördern. Mögen die Wege, die zur Verwirklichung dieses gemeinsamen Zieles eingeschlagen werden, sich auch zeitweilig voneinander entfernen, so werden sie sich doch bald wieder zusammenfinden, so daß der gemeinsamen Arbeit kein Hindernis entgegensteht. Dieser Wunsch möge unsere heutigen Verhandlungen leiten.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Keine Auskunftspflicht der Krankenkassen aus § 116 RVO. gegenüber Steuerbehörden.

Entscheidung des bayer. Landesversicherungsamts vom 29. Dezember 1917 (B. II 20/17).

Es kann dahingestellt bleiben, ob in der Bekanntgabe des Auszugs aus der Arbeiterliste an die Steuerbehörde ein unbefugtes Offenbaren von Geschäftsgeheimnissen i. S. des § 142 RVO. zu erblicken wäre. Denn der Streit dreht sich nicht um die Frage, ob der Kassenvorstand befugt ist, die Auszüge zu erteilen, sondern, ob er hierzu nach dem Gesetz verpflichtet ist.

Das Versicherungsamt hatte in dieser Hinsicht aus dem inneren Zusammenhang der §§ 115 und 116 RVO. und aus dem Zusammenhalt der Worte: „im Vollzug dieses Gesetzes" (§ 115) mit den Worten: „diese Rechtshilfe" (§ 116) den Schluß gezogen, daß sich die Rechtshilfe des Versicherungsträgers gegenüber den Behörden lediglich auf Ersuchen erstrecke, die „im Vollzug der Reichsversicherungsordnung" gestellt werden. Demgegenüber hat das Oberversicherungsamt eine gegenteilige Auffassung damit begründet, daß § 116 RVO. eine solche Beschränkung der Rechtshilfepflicht nicht im Auge habe, es gehe dies schon aus der Fassung dieser Bestimmung hervor, denn abgesehen davon, daß allgemein von „den Behörden" (ohne einschränkenden Beisatz) die Rede ist, sei auch ausdrücklich eine Rechtshilfepflicht gegenüber den Armenverbänden festgelegt, also gegenüber Körperschaften, die mit dem Vollzug der Reichsversicherungsordnung nicht befaßt sind. Im übrigen würde die vom Versicherungsamt angenommene Einschränkung auch dem Grundsatze der Gegenseitigkeit widersprechen, auf dem sich der Begriff der Rechtshilfe aufbaue. Es könne nicht als Absicht der Reichsversicherungsordnung angenommen werden, daß die Behörden, soweit sie nicht beim Vollzug der Reichsversicherungsordnung mitzuwirken haben, zwar den Versicherungsträgern unbedingt rechtshilfepflichtig seien, ein Auskunftsrecht diesen gegenüber aber nicht haben sollten. Die Grenzen für die Zulässigkeit eines Rechtshilfeersuchens ergäben sich für jede Behörde aus dem Umfang der ihr organisationsmäßig zustehenden Amtsaufgabe; für die Versicherungsbehörden und Versicherungsträger sei in § 115 eben dieser Kreis der Geschäftsaufgaben als „Vollzug der Reichsversicherungsordnung" umschrieben. Die Worte: „diese Rechtshilfe" könnten in diesem Zusammenhang nicht anders aufgefaßt werden als im Sinn der Festsetzung einer Gegenseitigkeit in der Rechtshilfe; die Beziehung zu den Worten: „im Vollzug der Reichsversicherungsordnung" sei in der Richtung herzustellen, daß sich die Auskunftspflicht der Versicherungsträger nur auf Dinge beziehe, die ihnen aus ihrer Tätigkeit im Vollzug der Reichsversicherungsordnung bekannt geworden sind.

Die Auffassung des Oberversicherungsamts würde mit dem Gesetz im Einklange stehen, wenn das Gesetz einfach bestimmen würde, daß die Organe der Versicherungsträger „Rechtshilfe zu leisten haben". Dies ist jedoch nicht der Fall. Auch die geschichtliche Entwicklung der Rechtshilfe in der sozialen Versicherung spricht nicht für die Auffassung der Vorinstanz; denn vor der Reichsversicherungsordnung war eine so weitgehende Pflicht der Versicherungsträger zu keiner Zeit und in keinem Zweige der Arbeiterversicherung bekannt. Auch der Grundsatz der Gegenseitigkeit ist mit dem Begriff der Rechtshilfe nicht so notwendig verbunden, als das Oberversicherungsamt annimmt. Jede Art von Hilfe ist sehr oft nur einseitig; auf dem ureigensten Gebiete der Rechtshilfe, in der ordentlichen Gerichtspflege, sind die Amtsgerichte die Träger der Pflicht gegenüber den Gerichten jeder anderen Art (§ 158 Ger.-Verf.-Ges.), während sie selbst entsprechende Rechte gegenüber den anderen Gerichten nicht haben. § 322 AngestVersGes. kennt überhaupt nur ein

Recht auf Rechtshilfe, nicht aber eine Pflicht der Organe und Behörden der Angestelltenversicherung; die Ersatzkassen der Reichsversicherungsordnung haben hinwiederum nur die Verpflichtung nach § 116, nicht aber die Rechte nach § 115 (§ 524 RVO.; Begr. S. 68).

Außer diesen mehr formal-rechtlichen Erwägungen sprechen aber auch wirtschaftliche und soziale Gründe gegen die Auffassung des Oberversicherungsamts. Die Reichsversicherungsordnung ist ein Gesetzgebungswerk, das in erster Linie dem Wohl der Versicherten dienen soll. Dieser grundlegenden Absicht des Gesetzes würde es widersprechen, wenn seine sozialen Einrichtungen dazu benützt werden würden, um die Versicherten zur Steuer heranzuziehen. Hieran kann auch der Umstand nichts ändern, daß das Rentamt von den Versicherten sich eine Vollmacht geben ließ, da die Steuerpflichtigen gegenüber einem derartigen Ansinnen des Rentamts sich stets in einer gewissen Zwangslage befinden. Eine Verpflichtung, der Steuerbehörde über die Lohn- und Beschäftigungsverhältnisse eines jeden Versicherten Auskunft zu geben, würde die Krankenkassen, deren wirtschaftliche Grundlage ausschließlich auf den Beiträgen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber beruht, auch geschäftlich und finanziell so stark belasten und sie ihrer eigentlichen Aufgabe so sehr entziehen, daß sie nur dann als in der Absicht des Gesetzgebers gelegen erachtet werden könnte, wenn dies im Gesetz klar und unzweideutig zum Ausdruck gebracht wäre.

Auch die bestehenden landesrechtlichen Vorschriften gewähren den Steuerbehörden kein Recht auf Erteilung der gewünschten Auskunft . . .

. . . Die Aufschlüsse, welche das Rentamt von den Kassen erhalten kann, sind übrigens nicht aller Wege so verlässig, als dies auf den ersten Blick scheinen möchte. Die Listen der Krankenkassen sind keine öffentlichen Urkunden über die Arbeitsverhältnisse; sie werden zu ganz anderen Zwecken geführt und sollen nur für die Aufgaben der Krankenkassen benützt werden (vgl. Entsch. des Preuß. OVG., Reger 33 S. 455). Sie geben wohl, vorausgesetzt, daß die An- und Abmeldungen richtig und rechtzeitig erfolgen, Aufschluß über das Bestehen eines die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigungsverhältnisses, nicht aber über die wirkliche Beschäftigung und den tatsächlich verdienten Lohn. Das Landesversicherungsamt hat auch in den Beitrags- und Prämienstreitigkeiten aus der Unfallversicherung die Erfahrung gemacht, daß die Listen der Krankenkassen trotz ordnungsmäßiger Führung sehr häufig versagen, wenn die Berufsgenossenschaften sie als rechnerische Grundlagen für ihre Zwecke verwenden wollen.

An der Rechtslage ändert auch die Tatsache nichts, daß die steuerpflichtigen Arbeiter das Rentamt bevollmächtigt haben, die Auszüge zu erholen. Die Ermächtigung diente von Anfang an offenbar nur dem Zweck, die Bedenken zu beseitigen, die sich aus der Schweigepflicht nach § 142 RVO. ergeben könnten. Sie sind aber auch nicht geeignet, ein Recht des Rentamts auf Erteilung der Auszüge zu begründen. Denn die Versicherten selbst haben kein solches Recht. Die Reichsversicherungsordnung kennt nur Bescheinigungen zu ganz bestimmten Zwecken (vgl. u. a. § 214 Abs. 1 am Ende, § 461), außerdem kennt z. B. die Wahlordnung der Ortskrankenkasse noch Wahllegitimationen, welche nach § 3 der Wahlordnung ausgestellt werden müssen. Alle diese Zwecke hängen mit der Krankenversicherung eng zusammen, ein Recht aber, Auszüge aus den Listen der Kasse zu Steuerzwecken zu verlangen, ist den Versicherten nirgends eingeräumt.

Eine *Verpflichtung* der Krankenkasse zur Erteilung der vom Rentamt geforderten Auskünfte kann demnach weder aus der Reichsversicherungsordnung noch aus anderen Vorschriften abgeleitet werden; der Beschluß des Oberversicherungsamts war deshalb außer Wirksamkeit zu setzen.

Der Kassenvorstand wird übrigens jeweils gegenüber den Ersuchen öffentlicher Behörden die Forderungen der praktischen Notwendigkeiten eines geregelten Zusammenlebens aller öffentlichen Organisationen nicht außer acht lassen dürfen und *in geeigneten Fällen die Erteilung der gewünschten Auskunft nicht verweigern.* Das wird insbesondere für Fälle gelten müssen, in denen das *Vorhandensein eines dringenden öffentlichen Interesses* dargetan wird oder die ebenso unabweisbare *Rücksicht auf Lebensinteressen der Versicherten* eine Auskunftserteilung erfordert.

B. Zur Krankenversicherung.

Anmeldung zur Kasse in Verbindung mit polizeilicher Anmeldung.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. März 1918.

Nach § 19 der Satzung der Landkrankenkasse haben die Arbeitgeber jeden von ihnen Beschäftigten unter Benutzung der vom Kassenvorstande vorgeschriebenen Vordrucke an- und abzumelden. Um den Arbeitgebern ihre Meldepflicht zu erleichtern, hat die Kasse mit dem Polizeipräsidium vereinbart, daß die An- und Abmeldungen der Dienstboten und sonstigen Hausangestellten gleichzeitig mit den polizeilichen Meldungen erstattet werden können. Sie hat auf ihre

Kosten polizeiliche An- und Abmeldevordrucke fertigen lassen, an die als besonderer Abschnitt die Meldungen für die Krankenkasse angehängt sind. Die ausgefüllten Vordrucke werden von den Polizeirevieren entgegengenommen. Die für die Krankenkasse bestimmten Abschnitte werden dort mit dem Tagesstempel versehen, von den polizeilichen Meldungen getrennt und wöchentlich der Kasse zugesandt. Für das von Frau G. in der Zeit vom April 1915 bis 1. April 1916 beschäftigte Dienstmädchen K. war eine rechtzeitige Abmeldung bei der Kasse nicht eingegangen. Als diese von der Arbeitgeberin die Fortzahlung von Beiträgen über den 1. April 1916 hinaus verlangte, hat letztere beim Versicherungsamt beantragt zu entscheiden, daß sie zur Fortzahlung der Beiträge nicht verpflichtet sei. Sie hat glaubhaft versichert, daß sie den zur Abmeldung der K. bei der Polizei und der Kasse bestimmten Vordruck am 1. April 1916 ordnungsmäßig ausgefüllt der Hausverwalterin des Miethauses, in dem sie wohnt, zur Erledigung übergeben habe. Wenn diese es verabsäumt habe, die Meldung weiterzureichen, so sei sie dafür nicht verantwortlich. Das Versicherungsamt hat Frau G. verurteilt, die Beiträge für die K. über den 1. April 1916 hinaus fortzuzahlen. Auf Beschwerde hat das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) die Sache auf Grund der §§ 1799, 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Es vertritt die Auffassung, daß eine Verpflichtung der Arbeitgeberin zur Fortzahlung der Beiträge über den 1. April 1916 hinaus nicht bestehe, weil die Arbeitgeberin unter Benutzung des von der Krankenkasse vorgeschriebenen Vordrucks ihrer polizeilichen Abmeldepflicht genügt habe und damit auch die Abmeldung der Kasse gegenüber als bewirkt gelten müsse.

Die Kasse hat in einem weiteren Schriftsatz ausgeführt, die Bestimmungen über die der Kasse zu erstattenden Meldungen wurden nicht dadurch berührt, daß den Arbeitgebern nachgelassen sei, die Meldungen zugleich mit den polizeilichen An- und Abmeldungen zu erstatten. Es bestehe für die Arbeitgeber kein Zwang, von dieser Einrichtung Gebrauch zu machen. Ihrer Abmeldepflicht gegenüber der Kasse würde Frau G. nur dann genügt haben, wenn sie Sorge getragen hatte, daß der für die Kasse bestimmte Abschnitt zum Polizeibureau gelangte. Habe ihr Beauftragter die Meldevordrucke nicht zur Polizei befördert, so müsse sie die aus § 397 Abs. 1 RVO. sich ergebenden Nachteile tragen. Sollte das Reichsversicherungsamt sich auf den Standpunkt des Oberversicherungsamts stellen, so würde die Kasse, die auf die Befolgung der gesetzlichen Vorschriften über die Meldungen nicht verzichten könne, sich genötigt sehen, das Abkommen mit dem Polizeipräsidium zu lösen.

Das Reichsversicherungsamt ist der Auffassung des Oberversicherungsamts beigetreten aus folgenden Gründen:

Wie das Oberversicherungsamt zutreffend hervorgehoben hat, hängt die Entscheidung von der Beantwortung der Frage ab, wann die Abmeldung der Kasse gegenüber bewirkt war. Die Kasse meint, daß dies erst mit dem Eingang der Meldung auf dem Polizeirevier der Fall war. Dieser Auffassung vermochte der Senat nicht beizutreten. Die Kasse hat den Arbeitgebern erlaubt, die für die Kasse bestimmten Meldungen in Verbindung mit den polizeilichen Meldungen zu erstatten. Nun bestimmt § 9 der Polizeiverordnung über das Meldewesen in Berlin-Wilmersdorf, daß zur Einreichung der polizeilichen Meldungen der Hauseigentümer oder der von ihm oder für ihn bestellte Hausverwalter verpflichtet ist und daß der Verpflichtete alle einzureichenden Meldungen zu unterschreiben hat. Der Mieter hat nach § 11 a. a. O. nur alle einer Meldung bedürfenden Veränderungen, die ihn selbst oder die zu seinem Hausstande gehörigen Personen betreffen, dem zur Meldung verpflichteten Hauseigentümer oder Verwalter anzuzeigen. Frau G. hat mit Übergabe ihres ausgefüllten Abmeldevordrucks an die Hausverwalterin ihrer polizeilichen Meldepflicht genügt; dies ist auch von der Kasse nicht bestritten. Damit muß aber auch die Meldung der Kasse gegenüber als bewirkt gelten, da beide Meldungen bei Benutzung der bezeichneten Vordrucke gleichzeitig erstattet werden sollen. Wenn die Kasse deswegen das Abkommen mit dem Polizeipräsidium lösen würde, so wäre das zwar bedauerlich, kann aber die Entscheidung nicht beeinflussen. Im übrigen wird die Kasse zunächst prüfen müssen, ob zu einer solchen Maßnahme ausreichender Anlaß vorliegt und ob nicht Fälle, bei denen das Unterbleiben der Meldung lediglich auf ein Versehen des Hauseigentümers oder des Hausverwalters zurückzuführen ist, vereinzelt bleiben, zumal diese dann regelmäßig eine polizeiliche Bestrafung zu gewärtigen haben.

Anmerkung: Der Einsender hält die Entscheidung für rechtlich nicht unbedenklich. Er führt aus: „Durch Zulassung der polizeilichen Abmeldung für die Krankenkasse hat diese einen doppelten Charakter erhalten. Für die polizeiliche Abmeldung genügt allerdings den Polizeimeldevorschriften entsprechend, daß der Haushaltungsvorstand die erforderlichen Angaben dem zur Abmeldung verpflichteten Hauseigentümer bzw. seinem Vertreter macht. Soll die polizeiliche Meldung aber gleichzeitig eine Kassenmeldung sein, so muß sie auch die dafür bestehenden Bestimmungen des § 317 RVO. und der Kassensatzung erfüllen, d. h. der Arbeitgeber oder sein nach § 534 Abs. 1 Beauftragter muß die Meldung selbst unterschreiben und dafür sorgen, daß sie auch bei dem als Kassenmeldestelle dienenden Polizeirevier Berlin tatsächlich eingeht."

Wir können diese Auffassung nicht teilen. Sie wäre nur richtig, wenn der Hauseigentümer oder der Hausverwalter als Beauftragte des meldepflichtigen Arbeitgebers anzusehen wären. So liegt die Sache aber nicht. Das Abkommen der Kasse mit dem Polizeipräsidenten kann nur dahin verstanden werden, daß die Kasse die Hauseigentümer oder Verwalter ermächtigt, mit den polizeilichen Anmeldungen die Anmeldungen zur Krankenkasse entgegenzunehmen. Dann sind jene Personen Beauftragte der Kasse, und diese muß folgerichtig die Anmeldung als bei ihr erfolgt gelten lassen, sobald sie dem Beauftragten gegenüber erstattet ist.

Unter welchen Voraussetzungen wird durch Beiträge Dritter die Weiterversicherung bewirkt?

Rev. Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts vom 23. Februar 1918.

In förmlicher Hinsicht war zunächst zu prüfen, ob an Stelle des Bundesversicherungsamts etwa das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung zuständig wäre. Im Einvernehmen mit dem Reichsversicherungsamt hatte sich aber das Landesversicherungsamt für zuständig zu erachten, weil die Voraussetzung des § 1708 Abs. 2 RVO., wonach das Reichsversicherungsamt entscheidet, wenn der Bezirk eines beteiligten Versicherungsträgers sich über das Gebiet des Sächsischen Bundesstaates hinaus erstreckt, nicht gegeben ist. Denn die Berufsgenossenschaft der Musikinstrumentenindustrie erstreckt sich zwar über ganz Deutschland, ist aber vorliegenden Falles nicht als Versicherungsträger, sondern lediglich in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeberin des Klägers H. mitbeteiligt.

Sachlich war die Frage zu beantworten, ob für H. nach seiner militärischen Einberufung eine Mitgliedschaft bei der beklagten Kasse noch bestand. . .

(Diese Frage wird von dem Gerichtshof im Anschluß an die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts — zu vgl. besonders Entsch. 2362 Amtl. Nachr. 1917 S. 516, ArbVers. 1917 S. 583 — verneint, soweit es sich um die Pflichtmitgliedschaft handelt. Dann wird die Frage der freiwilligen Weiterversicherung erörtert und zunächst ausgeführt, daß und wie diese auch durch Beiträge Dritter erfolgen könne; zu vgl. RVA. 1992 Amtl. Nachr. 1915 S. 132, ArbVers. 1915 S. 395. Dann heißt es weiter:)

Nicht genügende Klarheit herrscht nun zwar darüber, ob die vom Kläger und der Berufsgenossenschaft behauptete, aber von der beklagten Kasse bestrittene rechtzeitige Anzeige der Weiterversicherung sowie die nach der Angabe aller Beteiligten nach Ablauf der Dreiwochenfrist geschehene Beitragszahlung in der ausgesprochenen Absicht der Pflicht- oder freiwilligen Weiterversicherung erfolgt ist. Doch kann hierüber unbedenklich hinweggesehen werden. Denn der Grundsatz der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf dem Gebiete der Invalidenversicherung, daß Beträge, die für einen an sich unwirksamen Rechtsgrund geleistet sind, auf einen anderen wirksamen Rechtsgrund angerechnet werden können, weil sie, wenn auch zunächst nur zu einem bestimmten Zwecke so doch mit dem allgemeinen Versicherungswillen geleistet sind (Entsch. d. RVA. in Amtl. Nachr. 1903 S. 538, 1909 S. 502, ferner Entsch. vom 28. 11. 1914 in Entsch. u. Mitt. 5 S. 434), muß mangels einer entgegenstehenden Vorschrift auch auf dem Gebiete der Krankenversicherung gelten. Alle auf Grund der Reichsversicherungsordnung zu gewährenden Unterstützungen sind Gegenstand einer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung und gesetzliche Folgen bestimmt im Gesetze festgelegter Tatbestände, und deshalb treten die Rechtsfolgen der letzteren unabhängig davon ein, ob sie so von den Beteiligten gewollt sind und diese sich davon ein unzutreffendes Bild gemacht haben, wenn nur der allgemeine Versicherungswille bestanden hat. Daher bewirkt die Weiterzahlung der Beiträge oder die in ihrer Wirkung gleichstehende Anzeige der Weiterversicherung des aus dem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis ausscheidenden Kassenmitgliedes, sofern sie fristgemäß geschieht, die freiwillige Weiterversicherung im Rahmen des § 313 RVO. auch dann, wenn unzulässig und deshalb unwirksam mit der Zahlung oder Erklärung eigentlich die Fortsetzung der Pflichtmitgliedschaft bezweckt gewesen ist. (Entsch. des LVA. vom 16. 6. 1917 in Sammlg. II S. 1; vgl. auch Entsch. des RVA. vom 15. Oktober 1917 in Volkst. Zeitschr. für prakt. Arbeiterversf. 1918. S. 11.)

Im Streitfalle kann nun trotzdem aus der geschehenen Beitragszahlung das Zustandekommen der freiwilligen Kassenmitgliedschaft nicht gefolgert werden, weil die erste Zahlung unbestritten nicht innerhalb der gesetz- und satzungsmäßigen Dreiwochenfrist erfolgt ist und es nicht genügt, daß diese Zahlung bei der nächsten Einziehung von Beiträgen durch die Kasse geschieht (Amtl. Nachr. 1917 S. 516). Dagegen ist eine freiwillige Kassenmitgliedschaft dann füglich nicht zu bestreiten, wenn die von der Beklagten geleugnete Anzeige der Absicht der Weiterversicherung in der vom Kläger und seiner Arbeitgeberin behaupteten Art und Weise tatsächlich gemacht worden ist. Es ist nicht angängig, mit dieser Behauptung sich einfach damit abzufinden, daß — wie das Versicherungsamt es in seiner Entscheidung tut — dagegen angeführt wird: „H. konnte keinen Beweis dafür erbringen, daß er kurz vor der Einberufung an Kassenstelle seinen Willen zum Ausdruck gebracht hat. Auch die Arbeitgeberin hat sich lediglich dahin ausgesprochen, daß sie den Auftrag an H. erteilt habe, sich an Kassenstelle nach der Forterhaltung der Mitgliedschaft zu erkundigen. Ob H. dies tatsächlich getan hat, war aber hierdurch nicht erwiesen, und es konnte daher dahingestellt bleiben, ob eine Erkundigung und Mitteilung der von H. behaupteten Art überhaupt als eine Anzeige im Sinne des § 313 RVO. zu gelten hatte." Ebensowenig ist aber das Verfahren des Oberversicherungsamtes zu billigen, das seinerseits in den Gründen der Entscheidung die Behauptung folgendermaßen abtut: „Es ist das auch vom Arbeitgeber gebilligte Bestreben des Klägers gewesen, das Versicherungsverhältnis, zunächst ohne Wert darauf ob als Pflicht- oder freiwilliges Mitglied, fortzusetzen. Deswegen ist aber der Kläger auch, wie ihm die Spruchkammer glaubt, vor seiner Einberufung an Kassenstelle erschienen, hat diese Absicht erklärt und mündlich die Auskunft erhalten, daß die Versicherung weiter bestehe, falls die Arbeitgeberin die Beiträge weiter entrichten würde. Wenn die Beklagte

die Richtigkeit dieser Angaben bestreitet, so erscheint das nicht als ausreichend, da dem Oberversicherungsamte schon wiederholt Fälle vorgelegen haben, in denen die gleichen Behauptungen von zum Militär eingezogenen Versicherten aufgestellt, von der Kasse jedoch bei Fehlen entsprechender Aufzeichnungen bestritten werden." Weder das eine noch das andere Verfahren genügt, um gegen oder für die klägerische Behauptung endgültig Stellung zu nehmen. Es war vielmehr Pflicht der beiden unteren Instanzen, zum mindesten den Versuch zu machen, über die Richtigkeit der Behauptung zunächst Beweis zu erheben soweit möglich durch Abhörung von Zeugen und erst dann, wenn solcher Versuch fehl schlug, sich aus den übrigen Begleitumständen und sonstigen Erfahrungen die richterliche Überzeugung auch ohne weitere Beweismöglichkeit zu verschaffen. Da sowohl Versicherungsamt wie Oberversicherungsamt nicht so verfahren ist, leidet ihr Verfahren an einem wesentlichen Mangel (§ 1697 Ziff. 2 RVO.). Ist eine freiwillige Weiterversicherung bei der beklagten Krankenkasse anzunehmen, so ist sie, obwohl die weiteren Beitragszahlungen nur unregelmäßig erfolgten und teilweise monatelang im Rückstande blieben, dann nicht wieder aufgehoben worden, wenn die weitere Behauptung des H. und der Berufsgenossenschaft richtig ist, daß die Kasse zur Abholung der Beiträge sich bereit erklärt und die Verzögerung in der Abholung selbst verschuldet hatte. Denn wenn auch nach § 314 Abs. 1 der RVO. (§ 12 Abs. 3 in Verb. mit § 11 Abs. 4 Ziff. 6 der Satzung) die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter an sich erlischt, falls sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind, und wenn ferner auch nach § 43 der Satzung dazu bestimmt ist, daß die Beiträge in den vom Kassenvorstande zu beschließenden, bekanntzumachenden Fristen und in der zu bezeichnenden Weise zu zahlen sind und die Versicherungsberechtigten in diesen Zeiten ihre Beiträge selbst einzuzahlen oder kostenlos einzusenden haben, so war doch in der behaupteten Handlungsweise der Kasse eine zulässige Stundung der Kassenbeiträge zu erblicken, die zur Folge hatte, daß die Zahlungsart geändert und die Zahlungstage und -fristen hinausgeschoben wurden und der Beitragspflichtige deshalb nicht in Zahlungsverzug geraten konnte (zu vgl. Amtl. Nachr. 1917 S. 545 in Verb. mit 1917 S. 516 Ziff. 2). Auch hierüber ist also noch Beweis nachzuholen, falls die freiwillige Weiterversicherung zu bejahen ist.

Dagegen kann nicht etwa noch auf die Vorschriften der §§ 213 und 315 RVO. (§ 10 Abs. 1 und 2 der Satzung) zugekommen werden, weil diese beiden Bestimmungen über die sogenannte formale Versicherung Tatbestände voraussetzen, die hier nicht gegeben sind. Ebensowenig stehen dem Kläger besondere Vorschriften aus der Notgesetzgebung zugunsten der Kriegsteilnehmer (zu vgl. die Ziff. 1 des im Einvernehmen mit dem Landesversicherungsamt herausgegebenen Merkblattes des Heimatdanks über die Weiterversicherung bei Krankenkassen vom 24. 5. 17 in der Zeitschr. „Heimatdank" 1917 S. 101 und ArbVers. 1917 S. 523) zur Seite.

Nach alledem waren, ohne daß eine Nachprüfung des Anspruches der Höhe nach zu erfolgen brauchte, die beiden vorinstanzlichen Urteile — und zwar beide wegen wesentlichen Mangels des Verfahrens und das des Oberversicherungsamts überdies wegen Rechtsirrtums — aufzuheben. Die Sache war zweckmäßig gemäß §§ 1697, 1715 RVO. an das Versicherungsamt zurückzuverweisen.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Bekanntmachung über die Unpfändbarkeit von Kriegsbeihilfen und Teuerungszulagen.

Vom 2. Mai 1918 (RGBl. S. 382).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Beihilfen und Zulagen, die aus Anlaß der Kriegsteuerung zu den im § 850 Abs. 1 Nr. 7, 8 der Zivilprozeßordnung bezeichneten Bezügen bewilligt sind, sind weder der Pfändung unterworfen noch bei der Ermittlung, ob und zu welchem Betrag ein solcher Bezug der Pfändung unterliegt, zu berechnen.

§ 2. — Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Ist der Anspruch auf eine Beihilfe oder Zulage der im § 1 bezeichneten Art vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung rechtswirksam gepfändet, so verliert die Pfändung hinsichtlich später fällig werdender Bezüge ihre Wirksamkeit, soweit sie bei Anwendung des § 1 unzulässig sein würde. Dies gilt entsprechend für eine vor dem Inkrafttreten der Verordnung erfolgte Aufrechnung, Abtretung oder Verpfändung.

Anmerkung: Die im § 1 dieser Verordnung erwähnten Vorschriften der ZivPrOrdg. betreffen unter

Nr. 7: die Pensionen der Witwen und Waisen und die denselben aus Witwen- und Waisenkassen zukommenden Bezüge, die Erziehungsgelder und die Studienstipendien, sowie die Pensionen invalider Arbeiter;

Nr. 8: das Diensteinkommen der Offiziere und Deckoffiziere, der Beamten, der Geistlichen sowie der Ärzte und Lehrer an öffentlichen Anstalten; die Pensionen dieser Personen nach deren Versetzung in einstweiligen oder dauernden Ruhestand, sowie der nach ihrem Tode den Hinterbliebenen zu gewährende Sterbe- oder Gnadengehalt.

Nicht betroffen werden hiernach von der vorstehenden Verordnung die Beihilfen und Zulagen zu den Bezügen derjenigen Angestellten der Versicherungsträger, die nicht Beamteneigenschaft haben. Insoweit bleiben also die in der Rechtsprechung bisher zutage getretenen Zweifel über die Pfändbarkeit der Teuerungszulagen und -beihilfen bestehen (zu vgl. ArbVers. 1918 Heft 12 S. 231, 232). — Bemerkt sei, daß das Reichsgericht das Diensteinkommen festangestellter Kassenärzte schlechthin für pfändbar erachtet (Entsch. in Zivils. Bd. 91 S. 159).

Abtretbarkeit des Gehalts eines festangestellten Kassenarztes; Anspruch während militärischer Dienstleistung.

Entscheidung des Reichsgerichts vom 20. November 1917 (III 341/17).

Ein Krankenkassenverband hatte den Arzt Dr. W. unter Zusicherung von Gehalt und eines Mindesteinkommens auf 10 Jahre als Kassenarzt angestellt. Nachdem die Unstimmigkeiten mit den ortseingesessenen Ärzten, die zu der Anstellung Anlaß gegeben hatten, beigelegt waren, teilte der Kassenverband dem Dr. W. mit, es bedürfe der Aufnahme seiner Tätigkeit nicht. Nach § 21 des Vertrags war der Verband verpflichtet, wenn er ohne Verschulden des Dr. W. dessen Tätigkeit nicht in Anspruch nehmen sollte, gleichwohl das vertragsmäßig festgelegte Gehalt bis zum Ablauf des Vertrags an Dr. W. zu zahlen. Dieser hat seine Ansprüche aus dem Vertrage an den Kaufmann K. abgetreten, der nunmehr einen Teil des Gehalts eingeklagt hat. Der beklagte Verband wendete ein: Die Gehaltsforderung des Dr. W. sei gemäß § 850 Abs. 1 Nr. 1 ZPO. in Verbindung mit §§ 1 und 2 Abs. 2 des Lohnbeschlagnahmegesetzes vom 21. Juni 1869 teilweise unpfändbar und insoweit daher auch nicht abtretbar; ferner sei Dr. W. zum Heeresdienst eingezogen und für die Zeit seiner Einziehung könne deshalb das Gehalt jedenfalls nicht gefordert werden.

Das Oberlandesgericht verurteilte den Kassenverband zur Zahlung, und das Reichsgericht wies die dagegen eingelegte Revision zurück aus folgenden Gründen:

Das Oberlandesgericht sieht die Abtretung, auf welche sich der Kläger stützt, im vollen Umfange für rechtswirksam und den ersten Einwand des Beklagten daher als unbegründet an. Wenn es auch — so sagt das Oberlandesgericht — an der für die Annahme eines Dienstverhältnisses erforderlichen Abhängigkeit des Arztes vom Kassenverband fehle und die durch die Ablehnung des Verbands herbeigeführte Untätigkeit des Dr. W. die Anwendung des § 1 des Lohnbeschlagnahmegesetzes noch nicht ausschließe, so sei doch dem Erfordernis dieser Vorschrift nicht genügt, daß das Dienstverhältnis die Erwerbstätigkeit des Vergütungsberechtigten vollständig oder hauptsächlich in Anspruch nehme. Denn Dr. W. sei nach der Ablehnung außerhalb des Dienstverhältnisses tätig geworden und habe sich hierdurch seinen Lebensunterhalt erworben. Der Beklagte tritt dieser Begründung zu Unrecht mit der Revision entgegen. Es steht sogar in Frage, ob die Ausführungen des Oberlandesgerichts nicht insofern zu günstig für den Beklagten ausgefallen sind, als sie die zu den begrifflichen Merkmalen eines Dienstverhältnisses gehörende Voraussetzung für gegeben ansehen, daß ein gewisses Maß von Abhängigkeit des zur Dienstleistung Verpflichteten vom Dienstherrn besteht. Jedenfalls sind die sonstigen Erwägungen des Oberlandesgerichts bedenkenfrei. Das Lohnbeschlagnahmegesetz will durch die Pfändungsbeschränkung in § 1 verbunden mit § 4 Nr. 4 (abgeändert durch die Bundesratsverordnung vom 17. Mai 1915) dem Schuldner den zur Deckung der Lebensbedürfnisse unentbehrlichen Teil des Lohns, Gehalts usw. sichern. Im Hinblick auf diesen Zweck darf zwar dem Schuldner der Schutz des Gesetzes nicht schon dann entzogen werden, wenn er die Dienste, um die es sich bei der zu pfändenden Lohn- und Gehaltsforderung handelt, lediglich infolge der ablehnenden Haltung des Dienstherrn nicht geleistet hat. Benutzt jedoch der Vergütungsberechtigte die durch die Ablehnung gewonnene Bewegungsfreiheit dazu, sich anderweit zu betätigen und dadurch seinen Unterhalt zu verdienen, so muß bei Berücksichtigung des Gesetzeszweckes die Voraussetzung des § 1 verneint werden, daß die Tätigkeit des Leistenden durch das Dienstverhältnis mindestens in einem überwiegenden Grade beansprucht wird. Die Rechtswirksamkeit der Abtretung wird auch durch die Vorschriften in § 400 BGB. und § 850 Nr. 8 ZPO. nicht beeinträchtigt. Der in der Rechtsprechung aufgetauchte Zweifel, ob die zuletzt bezeichnete Vorschrift eine Vergünstigung für alle Ärzte mit Diensteinkommen oder nur für solche an öffentlichen Anstalten enthält, ist i. S. der engeren Meinung zu lösen, so daß Ärzten, die von Krankenkassenverbänden angestellt sind, bei der körperschaftlichen, nicht anstaltlichen Natur dieser Vereinigungen (§ 406 ff. RVO.) die Befreiung des § 850 Nr. 8 ZPO. nicht zustatten kommt. Für diese Auslegung spricht schon die sprachliche Zusammenfassung der Ärzte und Lehrer zu einer engeren Gruppe mittels des Wortes „und", sowie die Verwendung des Ausdrucks Diensteinkommen, der auf Ärzte in Beamtenstellung oder beamtenähnlicher Stellung hinweist. Hinzukommt, daß gerade bei Ärzten an öffentlichen Anstalten die Dienstbezüge nicht selten die ausschließliche Grundlage der wirtschaftlichen Existenz bilden.

Mit Recht hat auch das Oberlandesgericht den zweiten Einwand des Beklagten: daß der Kläger das Gehalt auf die Zeit seit der Einziehung des Dr. W. zum Heeresdienste nicht fordern könne, zurückgewiesen. Nach dem klaren Wortlaut des § 21 des Vertrags ist dem Beklagten die Berechtigung eingeräumt, die Dienste des Dr. W. nicht in Anspruch zu nehmen. Daraus folgt nicht nur, daß Dr. W. (bis der Beklagte auf ihn zurückgreift) von seiner Verpflichtung zur Dienstleistung befreit ist, sondern auch, daß der Arzt insolange den Beklagten nicht durch wörtliches

Angebot seiner Dienste in Annahmeverzug setzen kann (§ 295 BGB.). Dr. W. darf nicht mehr leisten, er hat sich dessen gegen Fortempfang des Gehalts begeben, er darf infolgedessen seine Dienste nicht mehr anbieten. In § 21 des Vertrags wird der Rechtszustand zwischen den Parteien endgültig geregelt, er enthält die Vereinbarung, daß, wenn der Beklagte die Tätigkeit des Dr. W. nicht in Anspruch nimmt, der Vollzug des Vertrags bis auf weiteres aufgehoben sein solle. Daß solchenfalls der Arzt keinen Schadenersatz, wohl aber das volle vertragsmäßig festgelegte Gehalt anzusprechen hat, ist vom Reichsgericht bereits wiederholt entschieden worden.

Hiernach ist der Beklagte mit Recht zur Zahlung der eingeklagten Gehaltsbeträge verurteilt worden.

(Breithaupt.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Reform der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die deutschen Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten hielten am 13. und 14. Mai in Berlin in Gegenwart von Vertretern des Reichswirtschaftsamtes, des Reichsversicherungsamts und der Landesversicherungsämter eine Vollversammlung ab, um zur Frage eines Ausbaues der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung Stellung zu nehmen. Der Unterstaatssekretär Dr. Caspar teilte mit, daß es in der Absicht der Reichsregierung liege, dem Reichstage im Oktober d. Js. eine Vorlage zu machen, in der über die Deckung der jetzt gezahlten Rentenzulagen durch eine Erhöhung der Beiträge und über die Regelung der Rentenerhöhung für die Zeit nach dem 31. Dezember d. Js. Bestimmung getroffen werden solle. Im Anschluß daran würden einzelne Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, die nicht von weitgreifender Bedeutung aber verbesserungsbedürftig seien, geändert werden können.

Abgesehen von den Forderungen, die bezüglich der vorläufigen Erhöhung der Renten und der Deckung der dadurch entstehenden Kosten sowie des sofort vorzubereitenden weiteren Ausbaus der Versicherung aufgestellt wurden und an anderer Stelle dieser Nummer mit dem dazu erstatteten Bericht zum Abdruck gelangen, wurde noch über eine große Zahl von Einzelfragen aus dem Gebiete der Invalidenversicherung Beschluß gefaßt, von denen die wichtigsten nachstehend kurz erwähnt werden sollen.

Gefordert wurde die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die Fünfzehnjährigen, auf die ungelohnten Lehrlinge, auf die sämtlichen Hausgewerbetreibenden, ferner auf die selbständigen Gewerbetreibenden und andere Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst das Dreihundertfache des Ortslohns nicht übersteigt, sodann die Erhöhung der Verdienstgrenze von 2000 auf 5000 *M*, und im Anschluß daran drei oder fünf neue Lohnklassen mit einem Jahresverdienst von 1500—5000 *M*. Für die Bestimmung der Lohnklassen soll in der Regel der wirkliche Arbeitsverdienst maßgebend sein, nicht mehr wie bisher ein anderweit bestimmter Satz als Jahresarbeitsverdienst gelten.

Eine Änderung der Vorschriften über die Anwartschaft wurde in dem Sinne gefordert, daß sie für die Beteiligten verständlicher, und die Folgen des Erlöschens der Anwartschaft gemildert werden, daß aber auf der anderen Seite geprüft wird, ob mit Rücksicht auf eine wesentliche Erhöhung der gesetzlichen Leistungen die Zahl der zur Erhaltung der Anwartschaft erforderlichen Marken erhöht werden muß, damit nicht mit zu geringen Leistungen auf Kosten der übrigen Versicherten unverhältnismäßig hohe Rentenansprüche erhoben werden können.

Ferner wurde die Einführung einer Reihe von Vereinfachungen bezüglich der Zahlung der Renten, die Ausdehnung des Heilverfahrens auf den Ehegatten und die Kinder des Versicherten, wenn es zu dessen gesundheitlichen Schutz dient, befürwortet. Im Interesse der Kriegsteilnehmer sollen demnächst Militärdienstzeiten wie Beitragszeiten der Lohnklasse IV angerechnet und mit den entsprechenden Rentenanteilen soll wie früher wiederum das Reich belastet werden.

Die Beschlüsse waren auf Grund des Ergebnisses einer Rundfrage bei allen Anstalten vom Ständigen Ausschuß der Landesversicherungsanstalten vorbereitet und fanden mit wenigen Ausnahmen, bei denen sich Meinungsverschiedenheiten ergaben, die teils zu Änderungen führten, einstimmige Annahme.

Anrechnung von Kriegsrenten auf Knappschaftspensionen.

Nach § 8 des preußischen Knappschafts-Kriegsgesetzes vom 26. März 1915 und § 1 des Ergänzungsgesetzes vom 24. April 1916 dazu dürfen Militärpensionen und Militärhinterbliebenengelder, die aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges gezahlt werden, nicht auf knappschaftliche Invalidenpensionen, Witwenpensionen und Erziehungsbeihilfen angerechnet werden. Nach § 11 des Knappschafts-Kriegsgesetzes ist der preußische Minister für Handel und Gewerbe ermächtigt, den Zeitpunkt zu bestimmen, zu welchem das Gesetz wieder außer Kraft tritt.

Der Verband der Bergarbeiter Deutschlands hegte die Befürchtung, daß die Knappschaftsvereine nach Außerkraftsetzung des Knappschafts-Kriegsgesetzes die Anrechnung der Militärrenten auf die Knappschaftsleistungen wieder einführen möchten. Der Bergarbeiterverband ersuchte daher den Deutschen Knappschaftsverband (die Vereinigung der Knappschaftsvereine) hiergegen jetzt schon die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen. Die Mitgliederversammlung des Allgemeinen deutschen Knappschaftsverbandes vom 1. September 1917 auf der Wartburg bei Eisenach nahm zu der Eingabe Stellung. Sie war der Ansicht, daß die Befürchtung der Antragsteller nicht gerechtfertigt sei, soweit es sich um Renten handelt, die unter der Herrschaft des Knappschafts-Kriegsgesetzes festgesetzt worden sind und noch werden, da selbst nach Aufhebung des Knappschafts-Kriegsgesetzes und des Ergänzungsgesetzes die unter der Herrschaft dieser Gesetze bewilligten Renten nicht angerechnet werden dürfen. Das sei vom Regie-

rungsvertreter in der Kommissionssitzung vom 8. März 1915 (Drucksache Nr. 705 1914/1915) ausdrücklich festgestellt worden. Dagegen werden Renten — so meinte die Mitgliederversammlung des Knappschaftsverbandes — die nach Aufhebung der Kriegsgesetze festgesetzt werden, allerdings der Anrechnung unterliegen. Die Versammlung beschloß, an den Minister für Handel und Gewerbe das Gesuch zu richten, „den § 8 des Knappschafts-Kriegsgesetzes sowie den § 1 des Ergänzungsgesetzes auch nach dem Kriege noch aufrecht zu erhalten, soweit noch nach Aufhebung des Gesetzes Leistungen aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges bewilligt werden".

Der Minister hat darauf unterm 12. Februar 1918 folgendes geantwortet: „Eine Aufhebung des § 8 des Knappschafts-Kriegsgesetzes vom 26. März 1915 und des § 1 des Ergänzungsgesetzes vom 24. April 1916 mit der Wirkung, daß nach dieser Aufhebung die Anrechnung der Militärpensionen und Militärhinterbliebenengelder auf die knappschaftlichen Invalidenpensionen, Witwenpensionen und Erziehungsbeihilfen wieder zulässig sein sollte, ist nicht beabsichtigt. Die bezeichneten Vorschriften bezwecken, die Anrechnung der aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges gezahlten Militärpensionen und Militärhinterbliebenengelder auf die erwähnten Pensionskassenleistungen auszuschließen; eine zeitliche Begrenzung dieser Ausschließung würde nicht den aus Wortlaut und Entstehungsgeschichte der Gesetze erkennbaren Absichten des Gesetzgebers entsprechen. (Zu vgl. Bericht der Handels- und Gewerbekommission des Hauses der Abgeordneten, vom 2. März 1915, Drucksache Nr. 705 S. 15, Verhandlungen des Herrenhauses vom 15. März 1915 Spalte 678.)"

Die Arbeitgeberzulage an die Knappschaftsinvaliden.

Als die Preise für die Lebensmittel immer mehr stiegen und die Rentenempfänger immer mehr in Not gerieten, entschlossen sich sehr viele Arbeitgeber im Bergbau, den aus ihren Betrieben hervorgegangenen Knappschaftsinvaliden freiwillige Zulagen zu den Knappschaftsrenten zu geben. Diesem Vorgehen schlossen sich auch die staatlichen Bergwerksbetriebe an. Nachdem nunmehr jedoch auf Grund der Bundesratsverordnung vom 3. Januar 1918 den Empfängern von reichsgesetzlichen Invaliden-, Kranken- und Witwenrenten eine monatliche Rentenzulage von 8 bzw. 4 *M* gewährt wird, hat die Kgl. Bergwerksdirektion nach Genehmigung des Ministers für Handel und Gewerbe bestimmt, daß eine Änderung (Abstufung) in der Zahlung der freiwilligen Arbeitgeberzulagen nach folgenden Grundsätzen stattzufinden hat:

1. Bei denjenigen Knappschaftsinvaliden, die neben ihrer knappschaftlichen Invalidenpension die Reichsrente — sei es durch den Saarbrücker Knappschaftsverein oder eine andere Versicherungsanstalt — bar erhalten, fällt vom 1. Februar d. Js. ab die Arbeitgeberzulage von 5 *M* monatlich weg. Diese Invaliden erhalten somit von dem genannten Tage ab nur die Reichsrentenzulage von 8 *M* monatlich. 2. Diejenigen Invaliden, bei denen die Reichsrente nicht bar gezahlt wird, sondern auf Grund früherer Knappschaftssatzungen in der Knappschaftspension enthalten ist, erhalten vom 1. Februar d. Js. ab die Rentenzulage von 8 *M* monatlich und, wie bisher, auch weiterhin die Arbeitgeberzulage von 5 *M* monatlich. Zu dieser Gruppe von Invaliden gehören auch diejenigen, die von fremden Versicherungsanstalten die Reichsrenten zwar bar erhalten, bei denen aber auf Grund der früheren Satzungen die Renten auf die knappschaftlichen Invalidenpensionen angerechnet werden, 3. Diejenigen Invaliden, die neben der Invalidenpension das knappschaftliche Invalidenwartegeld beziehen, haben keinen Anspruch auf die Rentenzulage von 8 *M* monatlich. Sie erhalten nur wie bisher die Arbeitgeberzulage von 5 *M* monatlich. Eine Änderung in ihren Bezügen tritt also nicht ein. 4. Diejenigen Invaliden, die weder das Invalidenwartegeld erhalten, noch reichsgesetzlich invalidisiert sind, haben keinen Anspruch auf die Rentenzulage von 8 *M* monatlich. Dagegen ist vom 1. Februar d. Js. ab ihre Arbeitgeberzulage von bisher 5 *M* auf monatlich 12 *M* erhöht worden. 5. Diejenigen Empfänger von reichsgesetzlichen Krankenrenten, die nicht knappschaftlich pensioniert sind, erhalten vom 1. Februar d. Js. ab nur die Rentenzulagen von 8 *M* monatlich. Dagegen fällt bei ihnen die bisher gewährte Arbeitgeberzulage von 5 *M* monatlich vom gleichen Tage ab weg. 6. Eine Änderung in den Bezügen der Witwen tritt nur insoweit ein, als diejenigen Witwen, die die reichsgesetzliche Witwenrente beziehen, außer der Arbeitgeberzulage von 3 *M* monatlich vom 1. Februar d. Js. ab noch eine Rentenzulage von 4 *M* monatlich erhalten. 7. Bei den Waisen bleiben die bisherigen Bezüge unverändert.

Es steht zu erwarten, daß die privaten Unternehmer sich diesen Entschlüssen anfügen. Dabei bleibe nicht unerwähnt, daß eine ganze Reihe Knappschaftsvereine, die nicht „Sonderanstalten" (§ 1360 RVO.) sind, Zulagen zu den von diesen Vereinen zu zahlenden Knappschaftspensionen (also nicht den Reichsinvalidenrenten) gewährt, die beibehalten werden. Solche gewähren der Hallesche Knappschaftsverein und viele andere. Sie richten sich meist nach der Zahl der Familienangehörigen und betragen vereinzelt bis 10 *M* im Monat.

Die Sozialversicherung vor dem Sächsischen Landtag.

Die zweite Kammer des Sächsischen Landtages kam in ihrer Beratung der Haushaltpläne in den letzten Tagen des April 1918 auch mehrfach auf die Durchführung der Reichsversicherungsordnung im Kgr. Sachsen zu sprechen. Die Sächsischen Oberversicherungsämter vertreten die Ansicht und haben sie durch Rundschreiben an die Krankenkassen zum Ausdruck gebracht, daß den Kassenangestellten die Teuerungszulagen in derselben Höhe zu gewähren sind, wie den Staatsbeamten. Vor dem Landtag bestritt Abg. Fräßdorf (Soz.) den Regierungsbehörden das Recht, sich in die Festsetzung der Gehälter der Kassenangestellten einzumischen. Die Kassen zahlten schon Teuerungszulagen, die über die von Privatunternehmern gewährten weit hinausgingen. Das ganze Bestreben der Behörden laufe auf eine Verstaatlichung der Kassenbeamten hinaus. Es könne aber nicht alles verstaatlicht werden; es müsse auch noch andere Leute geben als Staats- und Gemeindebeamte. (Lebh. Sehr richtig! im ganzen Haus.) Der Abgeordnete kam dann noch auf die hohe Krankenziffer bei den Krankenkassen zu sprechen. Die Regierung solle für ausreichendere ärztliche Behandlung durch Freistellung von Ärzten vom Heeresdienst sorgen. Hierzu bemerkte der Abg. Koch (Fortschr. Volksp.), die Kassenangestellten wünschten Gehaltserhöhung und Übertragung der Rechte der staatlichen und Gemeindebeamten auf sie gemäß § 359 RVO. Der Regierungsvertreter Geheimrat Dr. Krische erwiderte, den

letztgedachten Weg habe die sächsische Regierung nicht beschritten, hauptsächlich um das Selbstverwaltungsrecht der Kassen nicht allzu sehr einzuschränken. Die Regierung habe gleich bei Erlaß der Reichsversicherungsordnung eine Musterdienstordnung aufgestellt, die während des Krieges revidiert worden sei. In dieser seien verschiedene Wünsche der Kassenangestellten beachtet worden. Der Abg. Zimmermann (Natl.) wünscht ebenfalls eine erweiterte Anwendung des § 359 RVO. Er widerspricht den Ausführungen Fräßdorfs über die Fürsorge der Krankenkassen für ihre Angestellten, die diejenige anderer Arbeitgeber für ihre Angestellten angeblich übertreffe. Die Handwerker und Gewerbetreibenden sollten dazu angehalten werden, mehr als bisher von der freiwilligen Versicherung Gebrauch zu machen.

Bei Kapitel 68, Reichsversicherung und Unfallfürsorge, wünscht Fräßdorf, daß die sächsische Regierung im Bundesrat dahin wirke, daß die Einkommensgrenze für die Krankenversicherungspflicht der Privatangestellten auf 4000 M erhöht werde. Der Widerstand der Ärzte, die eine Schädigung ihrer Privatpraxis befürchteten, sei unberechtigt, denn die Versicherung sei der Kranken, nicht der Ärzte wegen da. Die Versicherungspflicht sollte überhaupt nach dem Kriege nicht auf die Unselbständigen beschränkt bleiben. Die ungeheure Belastung der Krankenkassen habe diese veranlaßt, an das Reichsamt des Innern mit dem Ersuchen heranzutreten, wenigstens die unmittelbar durch den Krieg hervorgerufenen Lasten auf die Reichskasse zu übernehmen. Auch nach der Richtung möchte die Regierung im Bundesrat tätig sein. — Ähnliche Bemerkungen machte der Abg. Heldt (Soz.). Die Reichsversicherungsordnung habe sich als durchaus lückenhaft erwiesen. Vor einem Jahre habe die Norddeutsche Allgemeine Zeitung mitgeteilt, daß eine Nachprüfung geplant sei. Seitdem aber habe man nichts mehr gehört. Die sächsische Regierung habe vor allen anderen die Pflicht, sich der Sache anzunehmen. Eine Verbesserung des Rechtsweges in der Sozialversicherung, eine Verschmelzung der Invalidenversicherung mit der Angestelltenversicherung usw. seien dringend zu fordern. Während des Krieges hätten zahlreiche invalide Arbeiter, veranlaßt durch die Aufforderung der sächsischen Versicherungsanstalt, ihre ihnen teilweise verbliebene Arbeitskraft dem Vaterlande zur Verfügung zu stellen, sowie unter dem Drucke der großen Teuerung, Beschäftigung angenommen. Ungeachtet der gegebenen Zusicherung sei nun vielen von diesen Invalidenrentnern die Rente entzogen worden, mit dem Hinweis auf den hohen Arbeitsverdienst. Vielfach seien auch diese Leute auf das Versicherungsamt bestellt worden, wo man sie zum freiwilligen Verzicht auf ihre Rente aufgefordert habe, indem man ihnen sagte, daß sie in solchem Falle später wieder leichter in den Genuß der Rente gelangen. Dieses Vorgehen der Versicherungsämter sei mit dem Gesetz nicht in Einklang zu bringen. Noch schlimmer sähe es bei den Rentenverfahren aus, wo es sich um Kriegsinvalide handele. Die sächsische Regierung sollte der Versicherungsanstalt ein derart unsoziales Verfahren untersagen und ihr aufgeben, nach anderen Grundsätzen zu verfahren. — Hierzu bemerkte der Regierungsvertreter Geheimrat Dr. Krische, daß sich die Regierung die Akten über die in der Presse behandelten Fälle von Rentenentziehung habe kommen lassen, eine unsoziale Handlung der Landesversicherungsanstalt aber nicht habe festgestellt werden können. Es handle sich nur um Einzelfälle. Die Versicherungsanstalt habe übrigens in umfassender Weise Kriegsunterstützungen aus freiwilligem Entschluß gewährt. Fräßdorf gibt zu, daß die Landesversicherungsanstalt Kgr. Sachsen im allgemeinen nicht anders verfahre als andere Versicherungsanstalten. Er habe auch durchaus nichts dagegen, daß die Angestellten der Krankenkassen ihre Verhältnisse verbessern wollen, die Kassen könnten aber die Kriegskosten nicht ausschließlich auf sich nehmen, sondern den Teuerungsverhältnissen nur in angemessener Weise Rechnung tragen. Abg. Heldt erwiderte dem Regierungsvertreter, daß es sich keineswegs um Einzelfälle handle, sondern daß dem Arbeitersekretariat für das Königreich Sachsen hunderte derartiger Fälle vorlägen. — Das Kapitel wurde darauf genehmigt.

Literarisches.

Die Militärversorgungsgesetze. Erläutert von Paul Posener. Berlin 1918. Carl Heymanns Verlag. 211 Seiten. Preis 7 M.

Ein wesentliches Verdienst ist es schon, daß in diesem Buche die verschiedenen, auf die Militärversorgung bezüglichen, sie mehr oder minder unmittelbar betreffenden Gesetze zusammenfaßt und, soweit es für den Hauptgegenstand erforderlich ist, erläutert worden sind. Es sind behandelt: das Gesetz über Pensionierung der Offiziere usw., das Reichsbeamtengesetz, das Fürsorgegesetz für militärische Luftfahrer, das Mannschaftsversorgungsgesetz, das Kapitalabfindungsgesetz, das Militärhinterbliebenengesetz, die Verordnung des Bundesrats über die Todeserklärung Verschollener und das Beamtenhinterbliebenengesetz. In all diesem Stoff ist vieles zweifelhaft und streitig, vieles der Ergänzung durch Heranziehung anderer Gesetze oder durch Vollzugsvorschriften bedürftig. Daher war vielfach auch eine reiche Literatur und Rechtsprechung neben den vielen Verwaltungsvorschriften zu berücksichtigen. Dem ist der Verfasser in Vorbemerkungen und Anmerkungen zu den einzelnen Vorschriften der Gesetze trefflich gerecht geworden. Eine, bei aller Zusammenfassung, doch klare Darstellung und übersichtliche Gestaltung der Erläuterungen erleichtert den Gebrauch des empfehlenswerten Buches.

Handbuch zum Militärhinterbliebenengesetz von Th. v. Olshausen. Zweite durchgearbeitete Auflage. Mit einem Beiheft: Zuwendungen für Kriegshinterbliebene. Berlin 1918. Verlag von Franz Vahlen. 311 und 51 Seiten. Preis zusammen 9 M.

Der für weite Kreise aller Bevölkerungsklassen so wichtige und keineswegs leicht zu erfassende Rechtsstoff ist in diesem Buche von einem besonders berufenen Erklärer in Form eines Kommentars zu den gesetzlichen Vorschriften dargestellt. Die Art und der hohe Wert dieser Arbeit sind bei der Besprechung der ersten Auflage hier bereits gekennzeichnet (ArbVers.

1917 S. 500). Die dort ausgesprochene Anerkennung wird bestätigt durch den Erfolg, der sich darin ausdrückt, daß so schnell eine neue Auflage des Buches notwendig geworden ist. Wenn die frühere Besprechung eine noch eingehendere Darstellung der wichtigen Bestimmungen über die Gewährung von „Zuwendungen", insbesondere „Zusatzrenten" als erwünscht bezeichnete, so ist jetzt auch diesem Wunsche Rechnung getragen durch das Beiheft, worin die Zuwendungen an Hinterbliebene aus dem „Härtenausgleichsfonds" ausführlich behandelt werden, und zwar die widerruflichen und die einmaligen Zuwendungen, sowie die Zusatzrenten auf Grund des Arbeitseinkommens des Verstorbenen.

Die ehrenamtliche Tätigkeit in der Krankenversicherung. Von Friedrich Kleeis. Dresden 1918. Verlagsgesellschaft Ortskrankenkasse m. b. H. 16 S. Preis 50 Pf.

Mit dem bewährten Blick für das Notwendige und Angemessene hat unser geschätzter Mitarbeiter, als erfahrener Praktiker, hier wieder einmal ein wirkliches Bedürfnis erspäht und befriedigt. In flüssiger, klarer Darstellung werden behandelt: die ehrenamtliche Verwaltung im allgemeinen, Rechte und Pflichten der Vertreter, Geschäftsgang, das Vorstandsmitglied, das Ausschußmitglied, der Schriftführer. Der Krieg bedingt den Eintritt mancher Neulinge in die Kassenorgane. Ihnen wird die Belehrung über das Wesen und die Aufgaben ihres Ehrenamtes besonders erwünscht sein. Aber auch ältere und erfahrene Mitglieder werden darin manche nützliche Anleitung und Mahnung finden.

Die deutschen Landkrankenkassen. Statistische Skizze von Sekretär Karl Unger. Herausgegeben vom Vorstande des Allgem. Verbandes deutscher Landkrankenkassen (Sitz Berlin). Delitzsch 1917. 24 Seiten und 2 Tabellen.

Der Verfasser hat allerhand statistisches Material über eine größere Zahl von Landkrankenkassen aus allen Teilen des Reichs zusammengetragen, das, wie der Verbandsvorstand, als Herausgeber, im Vorwort bemerkt, den Landkrankenkassen und den sonst interessierten Stellen wertvolle Unterlagen für mannigfache Fragen der Landkrankenkassenverwaltung bietet.

Belehrungen und Aufgaben über die Arbeiterversicherungen. Von Hauptlehrer König. Sechste Auflage. Horb a. N. 1917 bei Paul Christian. Ausgabe A für Lehrer, 74 Seiten, Preis 1 M; Ausgabe B für Schüler, 46 Seiten, Preis 35 Pf.

Als sechste Auflage haben diese Hefte von vornherein die Vermutung praktischer Verwendbarkeit für Schul- und Selbstbelehrung für sich, und ein Blick auf die Art der Behandlung des Stoffes sowie eine stichprobenweise Prüfung der Fragen und Antworten bestätigt diese Vermutung. Daß eine solche Arbeit in dankenswerter Weise einem wirklichen Bedürfnisse entspricht, leuchtet ohne weiteres ein.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Landwirtschaftliche Tagelöhner brauchen nicht in die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 418 RVO. einbezogen zu werden.

1. **Nach Arnswalde.** Antwort: Allerdings muß der Arbeitgeber, wenn er die Befreiung seiner Beschäftigten von der Versicherungspflicht erwirken will, den Antrag für seine sämtlichen in der Landwirtschaft Beschäftigten stellen, aber doch nur, wie im § 418 Abs. 2 Ziff. 3 RVO. ausdrücklich gesagt ist, „soweit sie durch Vertrag zur regelmäßigen Arbeit für mindestens zwei Wochen verpflichtet sind". Ob eine solche Verpflichtung des Arbeitnehmers besteht, richtet sich in erster Reihe nach der getroffenen Verabredung; fehlt es an einer solchen, so gilt beim Landgesinde das Arbeitsverhältnis als auf ein Jahr geschlossen (preuß. Gesindeordg. § 41). Wenn der Arbeitgeber, dessen Beschäftigte im allgemeinen nach § 418 befreit sind, einzelne Beschäftigte zur Kasse anmeldet, weil mit ihnen kein Arbeitsvertrag bestehe und nur Tagelohn gezahlt werde, so meint er offenbar, daß diese Arbeiter jederzeit aus der Beschäftigung austreten dürfen, jedenfalls aber nicht für mindestens zwei Wochen verpflichtet seien. Mit dieser Angabe ist es nicht unvereinbar, daß nach Ihren Ermittlungen die in Frage stehenden Personen nicht auf bestimmte Zeit angenommen sind und alle 14 Tage gelöhnt werden. Daraus folgt keineswegs, daß sie für mindestens zwei Wochen auch gebunden sind. Freilich kann danach der Arbeitgeber die sogenannten guten Risiken von der Versicherungspflicht befreien und die schlechten, indem er sie nur als Tagelöhner beschäftigt, der Kasse überlassen. Aber das kann die rechtliche Beurteilung nicht ändern. Das Gesetz ist nun einmal so!

Befreiungen und Beitragsermäßigungen aus §§ 418, 420 RVO. dürfen nicht „aus finanziellen Gründen" aufgehoben werden.

2. **Nach Fl.** Antwort: Einer „erschöpfenden" Antwort bedarf es im vorliegenden Falle nicht, weil die Rechtslage in dem fraglichen Punkte völlig klar ist. Die Fassung des § 418 RVO., wonach auf Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht befreit „wird", wer usw. — und ebenso die Fassung des § 420, wonach auf Antrag des Arbeitgebers unter gewissen Voraussetzungen die Kassenbeiträge

ermäßigt „werden" — gestattet nicht den geringsten Zweifel, daß der Kassenvorstand jeden einzelnen Antrag prüfen und beim Vorliegen der im Gesetz bezeichneten Voraussetzungen dem Antrage stattgeben muß. Er darf daher selbstverständlich nicht aus finanziellen Gründen beschließen, die bisherigen Befreiungen und Ermäßigungen (allgemein, ohne Rücksicht, ob die Voraussetzungen im Einzelfalle fortbestehen) aufzuheben und während der Dauer des Krieges grundsätzlich keine Befreiungen oder Ermäßigungen zu bewilligen.

Bemessung des Wochengeldes bei Wechsel der Lohnklasse während der Schwangerschaft.

3. O. K. A. Antwort: Für das Maß der Ansprüche auf Wochenhilfe, die zur Voraussetzung die Niederkunft haben, ist der Zeitpunkt entscheidend, in welchem diese erfolgt. Das gilt in erster Linie für das Wochengeld. Seine Höhe ist soweit nach der Lohnklasse zu bestimmen, der die Versicherte zur Zeit der Niederkunft angehörte; der Beginn der Schwangerschaft kommt hierbei nicht in Frage.

Zugehörigkeit eines unter der Herrschaft der RVO. begründeten Betriebes zu einer besonderen Ortskrankenkasse.

4. Nach St. Frage: Hier besteht eine Ortskrankenkasse für Metall- und Feuerarbeiter. Gehört eine neu errichtete Fabrik, die hauptsächlich Metallarbeiter beschäftigt, dieser Kasse an, oder ist dies als eine Erweiterung des Mitgliederkreises nach § 213 RVO. anzusehen und nicht statthaft? Kommt mithin die Allgemeine Ortskrankenkasse in Frage?

Antwort: Die Frage ist nach § 244 RVO. zu beantworten. Wenn in dem Betrieb die Mehrheit der beschäftigten Versicherungspflichtigen aus Metallarbeitern besteht, so gehören der Kasse nicht nur diese, sondern auch die anderen Beschäftigten an. § 243 Satz 2, der die Erweiterung des Mitgliederkreises einer besonderen Ortskrankenkasse durch die Satzung ausschließt, verbietet nur, daß die Satzung andere Arten von Beschäftigten, als bereits beim Inkrafttreten der RVO. der besonderen Ortskrankenkasse angehört haben, zuweist. Nicht aber soll die Vorschrift verhindern, daß die Zahl der Mitglieder an sich vergrößert wird. Darum gelten die §§ 243 und 244 auch für solche Betriebe, die erst nach dem Inkrafttreten der RVO. begründet worden sind, sofern nur die Mehrheit der in ihnen beschäftigten Versicherungspflichtigen zu einer der Gruppen gehört, für die die besondere Ortskrankenkasse nach der Satzung errichtet ist.

Haus- und Krankenordnung für ein Erholungsheim der Krankenkasse.

5. Nach Sch. 100. Antwort: Die Überwachung der Kranken, sowie ihr Verhalten sind durch eine Krankenordnung zu regeln, welche der Genehmigung des Versicherungsamts bedarf (§ 347 RVO.). Das gilt selbstverständlich auch für Kranke und sinngemäß auch für Genesende (§ 187 Ziff. 2), die sich in einem Krankenhaus oder Erholungsheim der Kasse befinden. Werden die Bestimmungen der bisherigen Krankenordnung, nachdem die Kasse ein Erholungsheim errichtet hat, nicht mehr für ausreichend befunden, so sind die erforderlichen Ergänzungen in einem Nachtrag zur Krankenordnung aufzunehmen, der gleichfalls der Genehmigung des Versicherungsamts bedarf. Immer aber kommen für die Krankenordnung nur Bestimmungen in Betracht, welche bezwecken, die Kassen davor zu sichern, daß nicht die Versicherten durch ihr Verhalten ihre Genesung erschweren (zu vgl. ArbVers. 1910 S. 451 Ziff. 3). Will die Kasse darüber hinaus durch andere Bestimmungen auch noch die Ordnung in der Anstalt sichern, so steht nichts im Wege und es wird sogar zweckmäßig sein, auch eine Hausordnung zu erlassen. Das ist lediglich Sache des Vorstandes auf Grund seines Verwaltungsrechts; einer Genehmigung des Versicherungsamts bedarf es insoweit nicht. Auf Übertretungen der Hausordnung wäre auch § 529 RVO. nicht anzuwenden. Versicherte, die sich der Hausordnung nicht fügen, würden sich aber der Ausweisung aussetzen.

Rückforderung irrtümlich geleisteten Ersatzes vom Armenverbande.

6. Nach Bünde. Antwort: Der Grundsatz der armenrechtlichen Familieneinheit führt dazu, daß durch die der Ehefrau gewährte Armenhilfe — vorausgesetzt, daß sie den Unterstützungswohnsitz des Ehemannes teilt, wie es die Regel ist — immer nur der Ehemann als unterstützt gilt (Entsch. d. RVA. 2076 Amtl. Nachr. 1915 S. 643, ArbVers. 1915 S. 705) und daß daher der Armenverband in solchem Falle von der Krankenkasse nach § 1531 ff. RVO. Ersatz nur aus Leistungen beanspruchen kann, welche die Kasse wegen der Krankheit der Frau dem Ehemanne schuldet (vgl. § 205 RVO.). Hat die Kasse dem entgegen irrtümlich Ersatz gewährt aus Leistungen, die der Ehefrau persönlich zustanden (§§ 182 ff., 195 ff.), so kann sie den gezahlten Betrag vom Armenverband aus dem Grunde ungerechtfertigter Bereicherung zurückfordern (§§ 812 ff. BGB.). Im Streitfall ist darüber nach § 1540 RVO. zu entscheiden; zu vgl. Entsch. des preuß. Gerichtshofs zur Entsch. der Kompetenzkonflikte, Arb.-Vers. 1917 S. 417).

Aufrundung der Monatsbeträge des Gehalts.

7. Nach Copitz. Frage: In meinem Anstellungsvertrag steht: „Die Monatsraten des Gehaltes werden nach oben auf volle Mark abgerundet." Muß ich, da ich hiervon Gebrauch mache, beim Dezember-Gehaltsbezug den bis dahin monatlich zugeschlagenen Betrag wieder in Abrechnung bringen, um eine Überschreitung des festgesetzten Jahresgehaltes zu vermeiden?

Antwort: Vorausgesetzt, daß sich nicht aus dem Zusammenhange mit anderen Bestimmungen des Vertrages ein Anhalt für die entgegengesetzte Auslegung ergibt, verneinen wir die Frage. Denn die Fassung „die Monatsraten usw." kann nur dahin verstanden werden, daß alle Monatsraten nach oben hin abzurunden sind. Das schließt eine Kürzung schlechthin aus, insbesondere auch bei der Dezemberrate. Es ergibt sich also, daß das Jahresgehalt in Wahrheit um ein geringes höher ist, als angegeben.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von H. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1211 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 11. Juni 1918 | Heft 17

Richtlinien für die zukünftige Sozialpolitik der Mittelmächte.

Von Professor Dr. phil. et jur. Alfred Manes in Berlin*)

Das Friedenswerk der deutschen Sozialpolitik hat sich, ebenso wie das der österreichischen und ungarischen, als eine über Erwarten starke Kriegsstütze erwiesen. Die Unkenrufe entschiedener Widersacher sind wohl endgültig verstummt; eine ernst zu nehmende grundsätzliche Gegnerschaft ist kaum noch vorhanden. Zu deutlich ist jedem Überlebenden die nie zu erschöpfende Pflicht vor Augen geführt worden, die uns zwingt, den auf dem Feld der Ehre Gebliebenen aus allen Volkskreisen und namentlich aus dem Arbeiterkreis uns dankbar zu erweisen, indem wir für ihre Witwen und Waisen ausreichend sorgen, der körperlich Beschädigten aber nicht minder uns anzunehmen, sie zu heilen und materiell zu stützen. So gibt es nur noch Gradunterschiede bei den Befürwortern einer Sozialpolitik in Deutschland. Die Meinungen gehen hier allerdings oft erheblich auseinander in bezug auf das Tempo, den Bevölkerungskreis, welchen die Sozialpolitik umschließen, und die sachliche Ausdehnung, bis zu welcher sie gehen soll. Allein nachdem man über die Fürsorgegründe der sozialpolitischen Leistungen überhaupt ziemlich einig geworden ist, wird man über die Fragen ihres Maßes ohne allzu starke Reibungen sich verständigen können.

An die Stelle der früher häufigen Vorwürfe sind sogar Äußerungen uneingeschränkter Anerkennung seitens ehemals grundsätzlicher Gegner, namentlich der Sozialversicherung getreten. Das ist ein Kriegsgewinn, auf welchen die deutschen Sozialpolitiker stolz sein dürfen. Während manche noch kurz vor dem Krieg in einer Gesetzgebung zum Schutz der Arbeiter, also des größten Teils unseres Volkes, den Keim einer Verweichlichung, einen Ausfluß der Entartung erblickten, haben die Leistungen der deutschen Sturmtruppen und Schützengrabenkämpfer schlagend bewiesen, wie kurzsichtig dieses Urteil gewesen ist, das auch falsch orientierte Gelehrte vertraten, in welch verhängnisvollem Irrtum man in gewissen Kreisen über die Wirkungen einer großzügigen Sozialpolitik befangen war, mag diese auch wie jedes menschliche Werk manche Schwächen und Schattenseiten aufweisen. Wird etwa heute noch jemand von jenem veralteten Standpunkt aus erklären mögen: ohne Sozialpolitik hätten die Deutschen im Felde noch mehr geleistet?

Allein der Krieg hat nicht auf die Gebiete der Sozialpolitik gleichmäßig seine Wirkung ausgeübt. Die Kriegsnot forderte oft die

---

*) Deutscher Bericht für die Tagung des Deutsch-Österreichisch-Ungarischen Wirtschaftsverbandes in Wien am 1. Juni 1918. — Prof. Dr. Manes hat, als deutscher Sekretär des Internationalen Komitees für Sozialversicherung diesen Bericht an Stelle des verhinderten Präsidenten des Komitees, des Wirklichen Geheimen Oberregierungsrats und Präsidenten des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann, übernommen. — Berichterstatter waren außerdem: für Stadtrats Budapest. — Einen Verhandlungsbericht werden wir im nächsten Heft bringen. Die Schriftleitung.

Aufhebung von Schutzmaßregeln, die im Frieden längst als geboten oder doch dringend angezeigt anerkannt waren. Man mußte in der Not die Arbeitskräfte daheim mehr als es im Frieden richtig erschien, heranziehen. Nicht nur die Männer mußten erhebliche Überstunden machen, sondern auch die Frauen und Kinder, die in normalen Zeiten überhaupt oder wenigstens in gewissen Grenzen aus manchem Betrieb ausgeschlossen bleiben, wurden herangeholt. Auch insofern zeigt sich der Krieg als Volkskrieg. Andererseits aber war auf dem Gebiet der Sozialpolitik der Krieg der Vater vieler Dinge, die man seit Jahren oder Jahrzehnten ohne Erfolg erstrebt hatte. Nun wurden sie über Nacht möglich und erfüllt, so: die Herabsetzung der Altersgrenze in der Altersversicherung, eine umfassende Wochenhilfe, die Erwerbslosenunterstützung, ein Ausbau des Arbeitsnachweises, ein Lohnschutz der Heimarbeit, das Nachtbackverbot, neue Tarifverträge, Errichtung von Arbeitsgemeinschaften, Ausbau des Einigungs- und Schlichtungswesens, Einsetzung von Betriebsausschüssen, vor allem Anerkennung der Arbeiterberufsverbände neuestens staatliche Wohnungsfürsorge, demnächst Erhöhung der Invalidenrenten und vieles andere.

Wo aber weder Einschränkungen zweckmäßig, noch Ausdehnungen erforderlich schienen, da haben sich die Einrichtungen und Maßregeln der Sozialpolitik durchweg unverändert bewährt, namentlich die der Sozialversicherung, in Österreich und Ungarn wie bei uns in Deutschland.

Nach solchen Erfolgen mit der Sozialpolitik und nach solchen Erfahrungen, wie wir sie mit den Menschenmassen und den einzelnen Menschen gemacht haben, zu deren Gunsten die Sozialpolitik eingeführt worden ist, ist nicht nur der Ruf nach Beseitigung der Sozialpolitik unmöglich, sondern auch selbst der nach einem Stillstand ausgeschlossen, schon weil die Logik der Tatsachen dies verbietet. Man ist sich heute darüber wohl allenthalben im klaren, daß die Sozialpolitik ein untrennbarer wesentlicher Bestandteil der neuzeitlichen Staats- und Wirtschaftspolitik jedes auf der Höhe der Kultur stehenden Landes ist. Ein Stillstand der Sozialpolitik wäre nur möglich, wenn auch die Volkswirtschaft stillsteht, die Technik feiert, die ganze allgemeine Politik, das gesamte Volksleben stecken bleibt. Da aber ein solcher Zustand für die Länder Mitteleuropas ebensowenig zu erwarten wie zu wünschen ist, alle Anzeichen vielmehr dafür sprechen, daß das wirtschaftliche, politische und kulturelle Leben nach Kriegsschluß hier einen neuen Aufschwung nimmt, so muß und wird auch die Sozialpolitik sich entsprechend vorwärts und aufwärts bewegen. Die Sozialpolitik eines Landes ist das Barometer für den engen Zusammenhalt zwischen Kapital und Arbeit, sie zeigt den Grad der Versöhnung zwischen beiden, sie ist das Maß nicht der Verweichlichung der Arbeiterschaft, sondern ihrer Widerstandskraft. Denn was will die Sozialpolitik? Ihr Zweck ist nach der im März 1918 erschienenen Denkschrift der Vereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände „die Schaffung der Grundlagen für eine angemessene Lebenshaltung durch Gesetz und Praxis, sowie die Steigerung der Arbeitsfreudigkeit und der Arbeitsfähigkeit des einzelnen Arbeiters und die Hebung des gesamten Arbeiterstandes unter Stärkung und Steigerung seiner Verantwortlichkeit“. Mit dieser bedeutsamen programmatischen Kundgebung der deutschen Arbeitgeber können auch die Arbeiter und die zwischen beiden Gruppen stehenden sozialpolitischen Theoretiker völlig übereinstimmen. In allen diesen Kreisen ist man mit gleicher Einmütigkeit, mit der man die „Abwehr der feindlichen Angriffe auf die staatliche und wirtschaftliche Existenz des Vaterlandes bekundete“, der Überzeugung, daß mit Friedensschluß „die Zeit des Wiederaufbauens, des Wundenheilens und der angestrengtesten Arbeit zur Überwindung der wirtschaftlichen Kriegsfolgen“ (Gewerkschaftsdenkschrift) kommt, in der das deutsche Volk, wie nicht minder die verbündeten Völker, nur dann wieder zu einem Lebens-

genuß zu gelangen vermag, wenn seine Arbeiterschaft dauernd leistungsfähig erhalten wird. Nur eine dauernd gesunde, ständig arbeitsfreudige Arbeiterschaft gewährleistet die in Zukunft doppelt und dreifach nötige starke Produktivität unserer Wirtschaft. Wenn aber Unternehmer und Arbeiter, Praktiker und Theoretiker über diese wichtige Tatsache völlig einig sind, dann kann man auch nicht zu der verfehlten Auffassung kommen, der Ausbau der Sozialpolitik solle eine Belohnung dafür sein, daß die Arbeiter in der Stunde der Gefahr das Vaterland nicht im Stiche ließen, „daß die Arbeiterschaft an Vaterlandsliebe, Gemeinsinn und Pflichterfüllung keiner anderen Bevölkerungsklasse nachgestanden hat“. Diese hocherfreuliche Erscheinung, an der niemand hat zweifeln können, der in die Seele des deutschen Arbeiters wirklich eingedrungen war und die psychologischen wie materiellen Wirkungen der deutschen Sozialpolitik erkannt hatte, wäre aber ohne die von Bismarck geschaffene Sozialversicherung jedenfalls nicht in gleich starkem Maße in Erscheinung getreten. Was in dieser Beziehung die Arbeiterversicherung, die ureigenste Schöpfung des Fürsten Bismarck auch für diesen Krieg geleistet hat, ist noch kaum gewürdigt worden; sonst hätte man noch mehr erkannt, wie Bismarck uns auch 1914—1918 siegen half.

Hat der wichtigste und modernste Teil der Sozialpolitik, die Sozialversicherung, auch ihren Ausgangspunkt von Deutschland genommen, so ist doch manches Land in dieser oder jener Beziehung über das Vorbild hinausgegangen. So hat Österreich durch die Errichtung eines Ministeriums für Gesundheitspflege und eines solchen für soziale Wohlfahrt eine Tat vollbracht, um die man es bei uns beneiden kann. Wenn das Ausland die wohl über Erwarten guten Wirkungen der Sozialversicherung bald erkannte, so ist dies größtenteils zurückzuführen auf das internationale Komitee für Sozialversicherung, das namentlich auch in Österreich und in Ungarn die dankenswerte Förderung von Regierungsbehörden und Fachleuten gefunden hat.

Die Sozialpolitik geht die Unternehmer und die Arbeiter an. Die Gesetze, welche diese Politik schaffen, haben die Eigentümlichkeit, daß sie wenigstens zunächst in dem gleichen Maße, in dem sie den Arbeitern Vorteile einräumen, den Bereich der Unternehmer einschränken. Es ist daher von diesen Gesichtspunkten aus betrachtet durchaus begreiflich, wenn der Unternehmer sich dagegen zunächst wehrt. Aber eine genauere Betrachtung der durch die sozialpolitische Gesetzgebung herbeigeführten Grenzberichtigungen im Betätigungsfeld einerseits der Arbeiter, anderseits der Unternehmer, zeigt doch, daß manches, was man als die Gewährung neuer Rechte an die Arbeiter bezeichnet, schließlich nichts anderes ist als die Beseitigung von Einschränkungen, die oft mehr aus historischen als aus logischen oder rationellen Gründen auf den Arbeitern lastet. Aber immerhin, die Sozialpolitik bringt den Arbeitern manche neue Rechte, in der Versicherung vielseitige Garantien, und infolgedessen dürfen zweifelsohne auch die Unternehmer verlangen, daß der Arbeiter neue Pflichten übernimmt, die alten noch gewissenhafter und freudiger erfüllt. Welcher unserer Unternehmer aber möchte leugnen, daß in diesem Kriege die Arbeiter in ihrer überwiegenden Mehrzahl die höchste Pflichterfüllung an den Tag gelegt haben? Sollte das in einer auf mindestens gleicher sozialpolitischer Grundlage beruhenden Friedenszeit anders werden?

Die Geschichte der letzten 30 Jahre — des Zeitalters der Sozialpolitik, wie man wohl sagen darf — zeigt, daß die Forderungen der Arbeiter, namentlich auf dem Gebiete der Sozialversicherung, keine erhebliche grundsätzliche Änderung oder Neuerung erfahren haben. Auf der anderen Seite ist die allgemeine Anerkennung gerade dieses Zweiges der Sozialpolitik in den Kreisen auch solcher Unternehmer, die ihr früher grundsätzlich abgeneigt waren, wie auch des Staates zum Durchbruch gelangt; man hat

sich durchweg damit abgefunden. Nichts unrichtiger, als wenn das von gewisser Seite geleugnet wird! Keinen besseren Beweis hierfür gibt es, als wenn man beispielsweise Kundgebungen aus Arbeiter- wie aus Unternehmerkreisen durchliest, die vor einigen Jahrzehnten erschienen sind, und dann zu den beiden Denkschriften greift, die in diesem Frühjahr veröffentlicht wurden, die eine von den deutschen Gewerkschaften, die andere von den deutschen Arbeitgeberverbänden. Schon der ruhige, sachliche Ton auf beiden Seiten ist eine vielleicht unbewußte Wirkung der allgemeinen sozialpolitischen Erziehung. Man hat sich gegenseitig doch recht erheblich schätzen gelernt. Die Verfasser dieser beiden, in Einzelheiten nicht unerheblich voneinander abweichenden Denkschriften glauben wohl selbst nicht, daß es möglich oder auch nur wünschenswert wäre, wenn alle ihre Forderungen für oder gegen die verschiedenen Punkte mit einem Schlage restlos erfüllt würden. Das richtige liegt auch hier in der Mitte. Auf dieser aber wird man sich heute und in Zukunft allem Anschein nach doch weit eher und schneller begegnen, weil von den extremen Forderungen der Linken und der Rechten bis zu diesem Mittelpunkte ein weit geringeres Stück Weg zurückzulegen ist als ehemals. Dann wird der Gesetzgeber die fast mathematisch richtige Diagonale gezogen haben, wenn er, wie beispielsweise durchweg auf dem Gebiete der deutschen Sozialversicherung, ein Gesetzeswerk zustande bringt, über das zunächst die Arbeiter wie die Unternehmer gleich stark schimpfen. Dann nämlich sind die Interessen beider Parteien gleichmäßig berücksichtigt, und beide erkennen nach Ablauf weniger Jahre auch die Vorzüge eines solchen Werkes an.

Wer von solchen Gesichtspunkten des Gemeinwohls ausgeht mit dem Geleitwort eines hervorragenden deutschen Unternehmers (Waldschmidt) vor Augen, daß „eine Verständigung immer da zu erreichen ist, wo gemeinsame Gefahr und gegenseitige Achtung besteht“, dem zeigen sich in großen Zügen etwa folgende Richtlinien für die künftige Sozialpolitik der Mittelmächte unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Standpunktes: 1. Förderung des Lebens und der Gesundheit der Arbeiter, 2. ihrer Ernährung, 3. ihrer Wohnverhältnisse, 4. ihres Erwerbs, 5. ihrer Bildung, endlich 6. ihres Staatsbürgergefühls.

1. Bei der Förderung des Lebens und der Gesundheit der Arbeiter berühren wir vor allem das ungemein wichtige Gebiet der gesamten Bevölkerungspolitik. Daß eine Bevölkerungspolitik ohne Sozialpolitik ein Unding ist, haben die deutschen Arbeitgeber in ihrer Denkschrift dadurch anerkannt, daß „bei der Feststellung des Verdienstes Familienstand und Dienstzeit mehr als bisher berücksichtigt werden sollten“. Gleichzeitig begegnet (nach der gleichen Quelle) „natürlich allgemeiner Zustimmung“ eine „Begrenzung der Arbeitszeit hinsichtlich körperlich schwächerer Personen, z. B. Frauen oder jugendlicher Arbeiter“. Hiermit ist klar angedeutet, um was es sich handelt: Schutz der Familien, Schutz der Mutter, vor allem auch der werdenden Mutter, Schutz des Kindes, und zwar nicht erst, wenn es geboren ist. Eine bereits weitreichende Gesetzgebung dieser Art haben wir im Deutschen Reich namentlich in der Einführung der Kriegswochenhilfe. Sie auch als Friedenswochenhilfe fortbestehen zu lassen, scheint eine berechtigte Forderung, die auch in anderen Ländern der Beachtung sicher sein darf. Der Förderung des Lebens der Arbeiter ist aber auch schon lange vor Kriegsausbruch die Sozialversicherung zugute gekommen. Wenn Ausländer die Einrichtungen der deutschen Invalidenversicherung studiert haben, und zu solchen Ausländern gehörte u. a. Herr Lloyd George,*) so war es die übrigens

*) Anmerkung der Schriftleitung: Wir können uns nicht enthalten, hier eine Stelle aus dem Geleitwort anzuführen, das Lloyd George der im Jahre 1914 erschienenen Schrift von H. A. Walter über „Die neuere Sozialpolitik“ (München und Berlin bei R. Oldenbourg) vorausgeschickt hat: „Einer der wichtigsten Zweige des nationalen Lebens, welchen man aus Mangel an Kapital nicht nur bei uns, sondern in allen Ländern hat verschmachten lassen, ist die Gesundheit und Kraft der arbeitenden Klassen. Wir stecken

weniger dem Gesetzgeber als den hervorragenden Praktikern der Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung zu verdankende Gesundheitsförderung, die Krankheitsvorbeugung, welche den unbegrenzten Beifall der Ausländer errang und sie zur Nachahmung anreizte, mehr allerdings bisher manchen unserer Feinde als manchen unserer Verbündeten. Daß seit Jahren die Einführung einer Invaliden- und Altersversicherung in Österreich geplant war, ist uns allen bekannt, und wir zweifeln nicht daran, daß die der Bevölkerung unseres Nachbarlandes herzlichst zu wünschende Gesetzgebung, sobald es die Umstände erlauben, kommen wird.

Daß jedes neu geborene Kind ein Stück Volkswachstum darstellt, ein Gut, das erhalten und gepflegt werden muß, darüber dürften Arbeiter wie Unternehmer eines Sinnes sein. Nicht minder über den weiteren ruhigen Ausbau unserer erfolgreichen Bekämpfung von Volkskrankheiten, wie Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten. Auf diesem Gebiet hätten Österreichs Bemühungen, wie sie während des Krieges einsetzten, noch mehr und leichter Erfolg erzielen können, wenn hier leistungsfähige Organisationen, wie es unsere Träger der Invalidenversicherung sind, vorhanden gewesen wären. Die allgemeine Erweiterung der Krankenversicherung durch Erhebung der Familienhilfe zur Pflichtleistung spielt in diesem Zusammenhang gleichfalls eine Rolle, wie eine allmähliche Erfassung von Berufskrankheiten durch die Unfallversicherung. Die weitere Vervollkommnung des technischen Arbeiterschutzes, von dem die Arbeitgeber mit Freude und Stolz sprechen, der durch die Unfallverhütungstätigkeit unserer ausgezeichneten Berufsgenossenschaften wie durch die Gewerbeaufsicht zu einem hohen Stande gelangt ist, werden alle Kreise gutheißen.

Die für Österreich vielleicht richtige, von hier aber zu uns nach Deutschland hinübergetragene besondere, von der Arbeitersozialpolitik getrennte Angestelltensozialpolitik, das Hereintragen des Klassengeistes in die Fürsorgegesetzgebung, die doch gerade versöhnen und ausgleichen soll, ist ein für Deutschland immerhin fragwürdiger Gewinn und sollte vor weiterer Ausgestaltung eingehend geprüft werden; denn das unwirtschaftliche Nebeneinander ähnlicher Organisationen ist zu einer Zeit der Zusammenfassung aller Kräfte kein Ideal.

2. Die Förderung der **Ernährung der Arbeiter** zu erstreben, ist Aufgabe vor allem der künftigen Handelspolitik, der inneren wie der äußeren, der mitteleuropäischen wie der weltpolitischen. Erfahrungen in bezug auf Massenernährung im Felde wie in der Heimat wird man zweckmäßigerweise auch nach Friedensschluß verwerten. Vor allem spielt auch die Kolonialpolitik hier herein. Selbst von sozialdemokratischer Seite ist die Kolonialpolitik als ein Stück Sozialpolitik der Zukunft bezeichnet worden, insofern ohne Kolonien die Ernährung wie der ganze Haushalt des Arbeiters ungemein verteuert und erschwert wird. Hier hat sich der Standpunkt der Arbeiter dem der Unternehmer stark genähert. Aber die Bedeutung deutscher Kolonien auch für die Arbeiter Österreich-Ungarns hat man vielleicht nicht ausreichend gewürdigt. Eine große Rolle muß die Behandlung der landwirtschaftlichen Arbeiter spielen, wobei die schwierige Frage der Landflucht eine gründliche Erörterung benötigt, u. a. auch die Forderung von Wohnungsausweisen für Zuziehende. Hier-

jetzt mehr Kapital in diesen Zweig des nationalen Geschäftes — mit vollen Händen und voll Vertrauen, denn wir wissen, daß es mit der Zeit hohe Zinsen tragen wird, nicht nur durch den zunehmenden Wohlstand und die wachsende Zufriedenheit der Arbeiter, sondern auch durch größeren materiellen Gewinn für das ganze Volk. — Sie in Deutschland haben dasselbe getan durch Ihr eigenes Versicherungsgesetz, und die Tatsache, daß Sie den Wirkungskreis dieses Gesetzes heuer ausdehnen, ist ein Beweis dafür, daß sich Ihre frühere Kapitalsanlage als gewinnbringend erwiesen hat. Ich habe oft Gelegenheit gefunden, **anzuerkennen, wie sehr nicht nur mein eigenes Heimatland, sondern die ganze zivilisierte Welt Deutschland zu Dank verpflichtet ist** für den Mut, mit welchem es schon vor einer Generation ein damals neues und unbebautes Versuchsfeld betrat." — So hatte sich unser jetziger Erzfeind, der damals, als englischer Schatzkanzler, in demselben Geleitwort noch von „unseren Freunden, den Deutschen" sprach, im Jahre des Kriegsausbruchs 1914 geäußert!

mit kommen wir zur dritten Gruppe sozialpolitischer Maßregel.

3. Förderung der Wohnungsverhältnisse. Auch hier hat die Denkschrift der deutschen Arbeitgeber die Notwendigkeit einer Fürsorge grundsätzlich anerkannt. „Wo der Arbeitgeber nicht, wie die großen Werke es tun können, den Arbeitern eigene Wohnhäuser oder Kolonien errichten kann, soll er im Zusammenschluß mit anderen Stellen den Bau gesunder und billiger Arbeiterwohnhäuser fördern .... Auch der Staat wird sich der Verpflichtung, hier unterstützend und helfend einzugreifen, nicht entziehen können." Das beweist die ganz neuerdings erfolgte Ernennung eines Kommissars für das Wohnungswesen in Preußen. Zu erwähnen ist auch die Wohnungsversicherung, deren Angliederung an die Invalidenversicherung hervorragende deutsche Sozialpolitiker beschäftigt. Mit den Häusern allein ist es aber nicht getan, auch die Beschaffung guten billigen Hausrats in den Kreis sozialpolitischer vielleicht kommunaler Fürsorgemaßregeln zu übernehmen, ist erforderlich, nicht minder wohl auch vorläufig eine Art Kleiderbeschaffung. Vielversprechende Ansätze hierzu sind in Deutschland schon während des Krieges entstanden.

4. Die Förderung des Erwerbes der Arbeiter umfaßt die Lohnpolitik, die Arbeitszeit, die Arbeitsvermittlung, den Arbeitsvertrag, das Streikrecht und manche andere Dinge, die allerdings zu den umstrittensten gehören. Als des Schutzes und der Versicherung bedürftig werden namentlich die Heimarbeiter bezeichnet, welche noch auf Fachausschüsse warten. Wenn es deutsche Arbeitgeber gibt, die eine Einführung von Mindestlöhnen ohne Festsetzung einer Mindestleistung ablehnen wollen, so wird alles davon abhängen, was unter einer solchen Mindestleistung zu verstehen ist. Aber auch wer für einen Höchstarbeitstag eintritt, wird die grundsätzliche Anordnung eines solchen durch entsprechende Ausnahmebestimmungen für einzelne Gewerbe und Betriebe nicht abweisen. Daß sich viele Tarifverträge „als nützlich erwiesen" haben, gibt auch die Arbeitgeberdenkschrift zu und zeigt sich der Weiterentwicklung dieser Vertragsform durchaus nicht abgeneigt. Zu begrüßen ist die Forderung der Unternehmer nach Beschaffung und Vorbereitung von Arbeitsmöglichkeiten als „dringende Gegenwartsaufgabe des Staates". Auch jeder Anhänger der Arbeitslosenversicherung wird dies Verlangen restlos unterstützen, keiner aber behaupten wollen, daß diese Versicherung von vornherein und unbedingt mit dem Eintritt des Arbeitsmangels wirksam werden soll; sie soll und darf vielmehr erst da einsetzen, wo der Eintritt des Versicherungsfalles — die Arbeitslosigkeit — nicht vermeidbar ist. Trotz aller vorsorgenden Bemühungen um Arbeitsbeschaffung wird aber aller Voraussicht nach doch noch ein mehr oder minder großer Teil Arbeitsloser vorhanden sein. Für diese auf dem Wege der Versicherung zu sorgen, und zwar möglicherweise durch Einführung des Sparzwanges, dürften sich die Stimmen ständig mehren, zumal die dementsprechend gestaltete englische staatliche Arbeitslosenversicherung sich bewährt zu haben scheint.*) Auch auf dem Gebiete der Arbeitsvermittlung, der Arbeitsnachweise scheint eine Einigung zwischen Arbeitern und Unternehmern nicht ausgeschlossen, so sehr hier auch noch die verschiedenen Wünsche auseinandergehen. Die Arbeitskammern, welche ein neuer deutscher Gesetzentwurf bringen soll, sind geeignete Vorstufen zu alledem. Die gleichfalls im Stadium parlamentarischer Beratung befindliche und vermutlich auch sich durchsetzende Vervollkommnung der Koalitionsfreiheit wird — so wollen wir hoffen — besser werden als ihr Ruf in manchen Kreisen.

5. Die Förderung der Bildung der Arbeiter, die Ertüchtigung der Jugend, welche auch die Arbeitgeberdenkschrift verlangt, ist ein Punkt, über den am schnellsten Einigkeit erzielt werden dürfte, weit eher jedenfalls als über

---

*) Zu vgl. das in der vorigen Anmerkung erwähnte Buch von Walter, S. 92 ff.

6. die Förderung des Staatsbürgergefühls. Hier spielt das Problem des gleichen Wahlrechts eine Rolle. Wahlpolitik ohne Sozialpolitik scheint in Zeiten des Volkskrieges unmöglich. Es kann sich nur um das „wann" handeln und darum, ob mit oder ohne Erbitterung die Demokratisierung des Wahlrechts kommt. Das muß man zugeben, gleich viel ob man Anhänger oder Gegner des gleichen Wahlrechts ist. Das Staatsbürgergefühl wird weiter stark gehoben durch Beteiligung befähigter Arbeiter an der sozialpolitischen Verwaltung und Rechtsprechung in Gemeinschaft mit dem Unternehmer. Dann erkennt der Arbeiter wohl auch leichter und williger, daß seinem Recht auf Sozialpolitik eine Pflicht zu sozialer Leistung gegenübersteht.

Das ganze Tempo künftiger Sozialpolitik, ihre im Zusammenhang mit der Geldwertverminderung stehende Ausdehnung nach der sachlichen wie nach der persönlichen Seite hin wird aber zu erheblichem Teil abhängen von der internationalen Gestaltung dieser Politik, davon insbesondere, ob und wie die Mittelmächte wirtschaftspolitisch zusammenkommen, ob, von wem und gegen wen ein Wirtschaftskrieg nach dem Weltkrieg geführt werden muß. Nicht minder werden naturgemäß die ganzen Finanz- und Valutaverhältnisse nach dem Krieg eine Rolle spielen. Gegen hohe Kriegsentschädigungen, sofern sie sozialpolitischen Zielen dienstbar gemacht würden, hätten wohl auch die Arbeiter wenig einzuwenden. Je internationaler die Sozialpolitik gestaltet werden kann, desto mehr wird man auch als Unternehmer sich mit ihrem Ausbau befreunden können.

Auf Veranlassung des verdienstvollen Präsidenten des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann erschien unlängst in den von seinem Amt herausgegebenen „Monatsblättern für Arbeiterversicherung" (11. Jahrg. Nr. 7/10) eine Darstellung der Arbeiterversicherung in Österreich und Ungarn, in der es heißt: „Das enge Waffenbündnis Deutschlands mit Österreich-Ungarn in dem Weltkrieg hat manche Hoffnungen auf eine stärkere wirtschaftliche Annäherung dieser Staaten nach dem Kriege wachgerufen. Mit diesen Hoffnungen verknüpfen sich beiderseits Bestrebungen, die Gesetze und Einrichtungen der Verbündeten kennen zu lernen, aus den damit gemachten Erfahrungen Nutzen zu ziehen und tunlichst auf die Beseitigung von Rechtsverschiedenheiten hinzuwirken, die nicht auf bestimmten Volkseigentümlichkeiten beruhen. Die Sozialversicherung erscheint ganz besonders geeignet, den Gegenstand wechselseitiger Befruchtung zu bilden. Ein Rechtsausgleich auf diesem Gebiet erleichtert weitere Fortschritte durch teilweise Ausschaltung der Bedenken, die aus dem Gesichtspunkte der Erhaltung der Konkurrenzfähigkeit von Industrie und Handel hergeleitet werden können. Ein Rechtsausgleich kann insbesondere auch Arbeitern, die in einem verbündeten Staate tätig sind, eine gesichertere Fürsorge gewähren, als sie bisher durchgeführt werden konnte." Dasselbe gilt für die anderen Teile der Sozialpolitik. Bei jeder Ausgleichung der Gesetzesarbeiten auf diesem Gebiet darf man sich aber keineswegs auf den Standpunkt stellen, die für sozialpolitische Gesetze verausgabten Gelder seien nichts als eine Belastung der Produktion. Daß dies keineswegs zutrifft, wird gerade dadurch bewiesen, daß die deutsche Sozialversicherung ihren Siegeszug fast durch die ganze Welt angetreten hat. Die Ausgaben für sie, das haben Deutschlands ausländische Konkurrenten erkannt, waren reproduktiv, waren eine hoch rentable Anlage.

Aber außer einer Sozialpolitik des Geldes gibt es auch eine Sozialpolitik des Herzens, und diese spielt mindestens die gleiche Rolle wie die erstere. Auch das haben im Kriege wie im Frieden viele Führer unserer Industrie erkannt. Milliarden zur Verbesserung der Lage der Arbeiter aufgewendet, aber mit Unvernunft und Herzlosigkeit gespendet, würden weniger segensreich wirken als Millionen, bei deren Verausgabung in jedem Einzelfall das Herz mitspricht. Möge darum der Schützengrabengeist von 1914 der

Fabrikgeist der Friedensjahre werden und ein baldiger ruhmreicher allgemeiner Frieden alle Verdrossenheit auswischen und alle unsere Unternehmer wie Arbeiter mit derselben Begeisterung und Ausdauer in die Arbeitsstätten rufen, wie der heilige Kampf um unser Dasein als selbständige Kulturvölker uns 1914 aufs Schlachtfeld rief.

Versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis oder versicherungsfreie Selbständigkeit bei gewerblichen Kleinunternehmern.

Von Verwaltungssekretär J. Eckert in Deisenhofen bei München.

Die begriffliche Unterscheidung des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses von der versicherungsfreien selbständigen Betätigung bei gewerblichen Kleinunternehmern ist schon vielfach Gegenstand eingehender Behandlung vor den Versicherungsbehörden gewesen. Die hierbei festgestellten Merkmale können als grundsätzliche Richtlinien der Entscheidungspraxis gelten und insoweit wohl in der überwiegenden Mehrzahl der Streitfälle eine befriedigende Lösung leicht finden lassen. Für den Geltungsbereich der Kranken- und Invalidenversicherung bedeutet sodann die begriffliche Umschreibung der Merkmale des „Hausgewerbtreibenden“ und die für diese Versicherungszweige geltende eigene gesetzliche Regelung der Versicherungsanteilnahme eine ganz erhebliche Erleichterung, die zweifellos die Schwierigkeiten und Streitigkeiten dieser weit verzweigten einzelnen Fälle auf ein erträgliches Maß zurückgeführt hat. Nicht so günstig in der verwaltungsrechtlichen Praxis ist die soziale Unfallversicherung gestellt, innerhalb deren Bereich denn auch noch häufiger Streitfälle über die Frage entstehen können, ob in einem bestimmten Falle die versicherungsrechtliche Behandlung einer als „Unternehmer“ nach außen hin auftretenden Person tatsächlich Platz greifen kann oder nicht.

Neuerdings beansprucht die Frage, ob versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis oder versicherungsfreie Selbständigkeit, wieder eine erhöhte Bedeutung, nachdem die Wirkungen des Vaterländischen Hilfsdienstgesetzes gerade in den Kreisen vieler gewerblicher Kleinunternehmer einschneidende Veränderungen im Gefolge gehabt haben und noch haben werden, deren weitere Wirkungen sich in wirtschaftlichen, persönlichen oder betriebstechnischen Beziehungen für den einzelnen Kleinunternehmer bemerkbar machen. Das deutsche Wirtschaftsleben hat während des Krieges gerade hier Veränderungen geschaffen, die durch die nunmehrige Länge ihres Bestehens versicherungsrechtlich nicht mehr gleichgültig erscheinen können und schon durch ihre praktischen Erscheinungen die Versicherungsträger und Versicherungsbehörden zur Stellungnahme zwingen. Leider zeigt sich auch hier, daß die versicherungsrechtliche Klarstellung derartiger Umgestaltungen für die unmittelbar beteiligten Kleinunternehmer oftmals solange als „nebensächlich“ gilt, als es sich um die Erfüllung der Beitragspflichten und der sonstigen den Versicherungsträgern gegenüber zu beachtenden gesetzlichen Anforderungen handelt. Erst wenn schwere Erkrankungsfälle oder Betriebsunfälle die Beanspruchung der sozialen Versicherungsleistungen als notwendig erheischen, kommen die Verhältnisse zur Sprache, manchmal auch gegen den ursprünglichen Willen der Beteiligten.

So sind zuletzt mehrere Fälle bekannt geworden, in denen Kleinunternehmer, die bis zum Ausbruch des Krieges und teilweise sogar noch längere Zeit darüber hinaus wirtschaftlich und gewerblich selbständig waren, durch Aufnahme einer Hilfsdiensttätigkeit gezwungen waren, sich praktisch für die Herstellung von Kriegsmaterial, und zwar im engeren Anschluß an größere Fabriken, zu betätigen; soweit diese Unternehmer unter

völliger Aufgabe ihrer ehemaligen wirtschaftlichen und gewerblichen Selbständigkeit in den eigentlichen Fabrikbetrieb eingetreten sind und dort zu den üblichen Anstellungsbedingungen ein Arbeitsverhältnis eingegangen waren, konnte ein Zweifel über die versicherungsrechtliche Gestaltung ihres Arbeitsverhältnisses nicht bestehen. Unstimmigkeiten und Zweifel machen sich aber schon dort eher bemerkbar, wo bisher wirtschaftlich selbständig gewesene Kleinunternehmer mit Fabriken oder größeren Unternehmungen ebenfalls in Verbindung treten, dabei aber, wenigstens nach außen hin, eine gewisse Selbständigkeit bewahren, wie es hauptsächlich in der Aufrechterhaltung ihrer Werkstätten oder der Verwendung eigengehöriger Betriebseinrichtungen (Arbeitsmaschinen, Werkzeuge, Rohstoffe), aber ausschließlich für die Betriebszwecke der betreffenden Fabrik oder Großunternehmung, gegeben sein kann. Solange auch hier wiederum nur die Person des Unternehmers für sich allein in Frage kommt, mag es noch hingehen, die versicherungsrechtliche Klarstellung dieser Verhältnisse als weniger notwendig zu erachten, weil man doch auch annehmen darf, daß gegebenenfalls die praktischen Bedürfnisse dieser Leute von selbst schon auf die etwa gebotene Versicherungsanteilnahme hinleiten werden. Anders ist es, wenn bei solchen Beschäftigungsverhältnissen weitere Personen, vor allem auch Angehörige des Kleinunternehmers, mit tätig werden, eine Erscheinung, die nicht mehr selten genannt werden kann. Die Versicherungsverhältnisse solcher mitbeschäftigten Personen sind in manchen Fällen nicht klar gestellt; teilweise unterbleibt sogar die Versicherungszuweisung, sowohl von seiten des Kleinunternehmers, wie von seiten der Fabrik oder Großunternehmung, überhaupt.

Es ist klar, daß sich für die versicherungsrechtliche Betrachtung von Arbeitsverhältnissen der angegebenen Art, bei denen ein gewerblicher Kleinunternehmer infolge der Kriegsnotwendigkeit die Weiterführung seines Betriebes ausschließlich oder überwiegend nur für die weiteren Betriebszwecke eines einzigen Großunternehmens eingerichtet hat, von den bisher allgemein anerkannten Rechtsgrundsätzen nichts ändern kann, solange der gewerbliche Kleinunternehmer für seine Person sowohl, wie für die von ihm gegebenenfalls mitbeschäftigten Hilfs- und Arbeitskräfte, die Merkmale der tatsächlichen Arbeitgeber- oder Unternehmereigenschaft beibehält, er also nach freiem Ermessen die Arbeits-, Einstellungs-, Entlohnungsverhältnisse usw. seiner Hilfskräfte bestimmt, oder zu wirtschaftlichen Bedingungen für das einzelne Fabrik- oder Großunternehmen arbeitet, die für sich den Verhältnissen wirtschaftlich selbständiger Kleinunternehmer entsprechen, also sich nach den Grundsätzen gewinnbringender gewerblicher Tätigkeit entfalten. Der gewerbliche Kleinunternehmer müßte hier für die ihm als Arbeitgeber (Unternehmer) auferlegten versicherungsrechtlichen Pflichten in eigener Person verantwortlich erscheinen. In diese Regelung müßten also z. B. gewerbliche Kleinunternehmungen von Sägewerksbetrieben, Schreinereien, Tischlereien, Fuhrwerksbetrieben usw. fallen, die vor dem Kriege selbständig für eigene Rechnung ihren Gewerbebetrieb ausgeübt haben, ihn auch nach dem Kriege größtenteils in dieser Form wieder weiterzuführen gedenken, jetzt aber durch die Ungunst der Verhältnisse oder durch die Wirkungen des Vaterländischen Hilfsdienstgesetzes gezwungen sind, ausschließlich zu den Betriebszwecken einer einzigen gewerblichen Fabrik oder Großunternehmung zu arbeiten oder arbeiten zu lassen. Man mag für diese bestimmte Art der Beschäftigungsverhältnisse, als einen besonderen Ausnahmezustand der Kriegszeit, die Beibehaltung der bisherigen versicherungsrechtlichen Beurteilung gutheißen können, wenn auch nicht verkannt werden soll, daß die Umänderung der Betriebsverhältnisse eigentlich Veranlassung geben könnte, diese gewerblichen Kleinunternehmer nunmehr im Wortsinn des § 162 RVO. als „Hausgewerbtreibende" anzusehen und versicherungsrechtlich zu behandeln.

Denn wenn nach dieser Vorschrift als Hausgewerbtreibende im Sinne der RVO. die selbständigen Gewerbetreibenden gelten, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrage und für Rechnung anderer Gewerbetreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten, und zwar selbst dann, wenn sie die Roh- und Hilfsstoffe selbst beschaffen, so treffen nach dem Wortlaute diese Merkmale des „Hausgewerbtreibenden" für die umschriebene Neugestaltung der Betriebsverhältnisse eines gewerblichen Kleinunternehmers ohne weiteres zu. Entschiede man diese Frage hiernach zuungunsten solcher gewerblicher Kleinunternehmer, so wären die Folgen für sie in versicherungsrechtlicher Beziehung natürlich von großer einschneidender Bedeutung. Für die Ablehnung dieser Schlußfolgerungen und somit für die Berechtigung des zuerst vertretenen Standpunktes sprechen aber nicht zuletzt auch die Kommissionsberatungen zum jetzigen § 162 RVO. Ein Kommissionsmitglied hatte eine Erklärung darüber verlangt, daß solche selbständigen Handwerker, welche gelegentlich zur Ausfüllung ihrer freien Zeit als Hausgewerbtreibende sich betätigen, während sie im übrigen eigentlich vollständig selbständig seien, nicht als Hausgewerbtreibende im Sinne des Gesetzes anzusehen wären. Diese Befürchtungen hat ein Bundesratsvertreter schon damals als unbegründet erklärt und eine solche Auslegung des Gesetzes, insbesondere die Unterstellung solcher selbständiger Handwerksmeister unter den Krankenversicherungszwang, mit Recht als unerwünscht bezeichnet. Die Bedenken würden aber auch gegenüber der bisherigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes kaum begründet, denn diese habe regelmäßig nur solche selbständige Gewerbetreibende als Hausgewerbtreibende angesehen, deren Betrieb im ganzen genommen die Besonderheiten des Hausgewerbes zeige. Selbständige Handwerksmeister, die regelmäßig nur für eigene Rechnung arbeiteten, gehörten danach und ebenso nach der Absicht des Entwurfes wegen einer gelegentlichen Tätigkeit für andere Gewerbetreibende noch nicht zu den Hausgewerbtreibenden (Komm. Ber. I S. 270, 271).

Selbstverständlich haben diese Auslegungen sich nur auf Friedensverhältnisse beziehen können und die ungeahnten gewaltigen Umänderungen auf diesem Gebiete infolge des Krieges in keiner Weise voraussehen lassen. Sie konnten also mit „beständigen", mindestens länger dauernden Verhältnissen rechnen, währenddem die Kriegsverhältnisse wohl für die weitaus meisten Fälle eine Umgestaltung eben nur für die Kriegszeiten im Gefolge haben werden. Daß nun der Krieg und seine wirtschaftlichen Folgeerscheinungen die nicht vorherzusehende lange Dauer angenommen haben, dürfte aber noch nicht dazu nötigen, die bestehenden Verhältnisse unter dem Gesichtspunkte des § 162 RVO. als „dauernde" zu betrachten. Vielmehr erscheint es statthaft und sachgemäß die versicherungsrechtliche Beurteilung, welche diese Art der Betriebe für die gewöhnlichen Zeiten gefunden hat, auch für jene durch Kriegsnotwendigkeiten allein bedingten Umänderungen gelten zu lassen, auch schon um deswillen, weil dabei eine Unmenge von Verwaltungstätigkeiten für Neuzuweisung und Veranlagung bei den in der Zuständigkeit gegebenenfalls geänderten Versicherungsträgern usw. ohne weiteres wegfällt. Um so weniger besteht natürlich die Neigung zu einer versicherungsrechtlich geänderten Behandlung, wenn der gewerbliche Kleinunternehmer für seine Person und die der von ihm etwa noch beschäftigten Hilfskräfte wirtschaftlich in der Lage geblieben ist, den für die Versicherungsanteilnahme ihm obliegenden Pflichten (Beitragspflichten vor allem) ohne Schwierigkeiten nachzukommen.

Erst dann, wenn sich in letzterer Beziehung Schwierigkeiten ergeben und dem Versicherungsträger Beitragsausfälle drohen, oder der Versicherungsschutz für die beschäftigten Arbeiter in Frage gestellt werden würde, besteht unter Umständen ein zwingender Anlaß zur eingehenden Würdigung der Verhältnisse, deren Ergebnis die Prüfung

der Frage bleiben muß, wer als wirklicher Arbeitgeber (Unternehmer) im einzelnen Falle versicherungsrechtlich zu betrachten ist. Da für den Geltungsbereich der reichsgesetzlichen sozialen Versicherungsgesetze die privatrechtlichen Abmachungen zwischen dem gewerblichen Kleinunternehmer und dessen Auftraggeber über die Frage der Arbeitsgestaltung usw. nicht von entscheidender Bedeutung sind, sondern bei der Prüfung der wirklichen Arbeitgeber- (Unternehmer-) Eigenschaft der Schwerpunkt hauptsächlich auf die wirtschaftliche Seite gelegt werden muß, so wird es darauf ankommen, wer die wirtschaftlichen Ergebnisse der Arbeitsleistungen in gewinnbringender Weise für sich zu Nutzen machen kann, das Risiko der Arbeit trägt, nicht aber darauf, wer gegebenenfalls die äußerlichen Merkmale einer Arbeitgebereigenschaft den Arbeitern usw. gegenüber wahrnimmt. Daß für die Klärung dieser Frage mit vielfachen Verschleierungen gerechnet werden muß, sei nebenbei erwähnt. Bezeichnend hierfür ist beispielsweise ein Fall, in dem ein Säger, der vor dem Kriege als gewerblicher Kleinunternehmer versicherungsrechtlich selbständig war, unter Verwendung der ihm eigengehörigen maschinellen Säge ausschließlich Arbeiten für eine Fabrik zu Heereslieferungen vornahm. Als er bei diesen Tätigkeiten sehr schwer verunglückte, beanspruchte er als Arbeiter der Fabrik die gesetzlichen Versicherungsleistungen, die ihm zuletzt auch zugesprochen werden mußten, da tatsächlich nur ein Arbeitsverhältnis im versicherungsrechtlichen Sinne und zwar als sogenannter „Heimarbeiter" vorlag und der Verletzte seine gewerbliche Selbständigkeit vollständig aufgegeben hatte. Auffallend erschien dann nur mehr die Höhe des vom Verletzten behaupteten Verdienstes, den er für die Woche mit 100—120 ℳ und mehr im Durchschnitt bezeichnete. Als man diesen Punkt näher aufklärte, ergab sich, daß der Verletzte mit drei weiteren Hilfskräften und zwar seinen Familienangehörigen an den Arbeiten für die Fabrik tätig war und auch diese drei Hilfskräfte ohne Zweifel versicherungsrechtlich als versicherungspflichtige Arbeitskräfte der Fabrik eigentlich zu behandeln waren. Die Fabrik hatte sich um diese Verhältnisse nicht weiter bekümmert und dem Verletzten lediglich nach der Zahl der in der Woche abgelieferten Werkstücke die vereinbarte Vergütung behändigt. Ähnlich mögen die Verhältnisse auch anderswo vielleicht noch liegen und deshalb gerade scheint es von Wert, hier besondere Aufmerksamkeit walten zu lassen, um die Heranziehung der wirklichen Arbeitgeber (Unternehmer) zur Erfüllung der sozialen Versicherungspflichten zu gewährleisten; die Versicherungsträger haben keinen Anlaß, die Umgehung der sozialen Versicherungspflichten, insbesondere der Beitragspflichten ihnen gegenüber, ruhig hinzunehmen, zumal es sich hier doch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um sehr kapitalkräftige Großunternehmungen handelt, die wirtschaftlich jetzt sicher nicht zu leiden brauchen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Zuständigkeit für Anträge auf Kriegswochenhilfe.

Erlaß des **bayer. Staatsministeriums des Innern** vom 13. April 1918.

Wenn die Prüfung und Entscheidung der Anträge auf Kriegswochenhilfe in der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 den Krankenkassen, in der Bekanntmachung vom 23. April 1915 aber den Ausschüssen der Lieferungsverbände übertragen worden ist, so ist dies hauptsächlich im Sinne einer möglichst sachgemäßen und zugleich schleunigen Erledigung der einzelnen Gesuche geschehen. Die Höhe der vom Reiche zu erstattenden Beträge wird dadurch nicht berührt, daß die Bearbeitung der Angelegenheit durch die eine oder durch die andere der genannten Stellen erfolgt ist. Mit Rücksicht hierauf ist es weder erforderlich, noch würde es der Absicht des Gesetzgebers entsprechen, daß die Lieferungsverbände in allzu enger Auslegung des Wortlautes im § 1 der Bekannt-

machung vom 23. April 1915 die Entscheidung über ein an sie gerichtetes Gesuch um Wochenhilfe auch dann ablehnen oder aussetzen, wenn erst mit Hilfe umständlicher und zeitraubender Ermittlungen festgestellt werden könnte, ob nicht etwa doch eine Krankenkasse auf Grund der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 oder vom 28. Januar 1915 zur Bescheiderteilung verpflichtet sei. Im allgemeinen wird es genügen, wenn der Gesuchsteller glaubhaft macht, daß eine zuständige Krankenkasse nicht vorhanden oder dem Antragsteller nicht bekannt ist oder eine zunächst angerufene Krankenkasse den Antrag oder die Bescheiderteilung überhaupt abgelehnt hat. Die Erledigung eines Verfahrens gegen die Krankenkasse ist nicht erforderlich. Dies schließt natürlich nicht aus, daß der Lieferungsverband offenbare Irrtümer des Antragstellers richtigstellt oder sich selbst an eine Krankenkasse wendet, falls er ausreichenden Grund zu der Annahme hat, daß sie zur Bescheiderteilung verpflichtet sei. Allgemeine, für jeden Einzelfall zutreffende Anweisungen lassen sich in dieser Beziehung nicht aufstellen; dem pflichtmäßigen Ermessen des Lieferungsverbandes muß hier vielmehr ein gewisser Spielraum gelassen werden.

Keine Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge (§ 397 Abs. 1 RVO.) für eine geringfügige und deshalb versicherungsfreie Nebenbeschäftigung.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. März 1918.

Die unverehelichte Frida K. war vom 1. April 1914 bis zum 1. August 1916 bei dem Rechtsanwalt H. als Aufwärterin tätig. Sie reinigte täglich während zwei bis drei Stunden das Bureau und erhielt dafür 25 *M* monatlich. Rechtsanwalt H. hat die Aufwärterin bei der Kasse an- und abgemeldet, sowie auch die Beiträge bezahlt. Vom 1. November 1915 bis zum 1. Januar 1916 war die K. außerdem bei dem Kaufmann M. beschäftigt. Sie wusch das Geschirr und fegte die Treppen, wodurch sie werktäglich je eine Stunde in Anspruch genommen wurde und wofür sie einen Monatslohn von 9 *M* bezog. M. hat die K. bei der zuständigen Ortskrankenkasse weder an- noch abgemeldet. Gelegentlich einer Erkrankung der K. hat die Ortskrankenkasse von der Beschäftigung der K. bei M. Kenntnis erlangt und nunmehr diesen Arbeitgeber zur An- und Abmeldung der K. aufgefordert, die dann auch am 10. April 1917 erfolgte. Die Übernahme der Beschäftigung bei M. und der Hinzutritt des dafür gewährten Entgelts zu dem bei H. verdienten Lohn hat keinen Einfluß auf die Höhe der Kassenbeiträge und der Ansprüche gegen die Kasse gehabt. Die Ortskrankenkasse, die für die Zeit der Beschäftigung bei M. die ihr zustehenden Beiträge erhalten hat, verlangt von diesem Arbeitgeber gemäß § 397 Abs. 1 RVO. Beiträge für die Zeit von der Entlassung der K. bis zu ihrer Abmeldung.

Das Reichsversicherungsamt, an das die Sache auf Grund der §§ 1799, 1693 RVO. gelangt ist, hat den Anspruch der Kasse als unbegründet abgewiesen aus folgenden Gründen:

Nach § 397 Abs. 1 RVO. sind die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Der Begriff des Fortzahlens setzt voraus, daß während des Beschäftigungsverhältnisses eine Pflicht zur Beitragsentrichtung bestanden hat. Es ist daher zu prüfen, ob der Kaufmann M. während der Beschäftigung der Aufwärterin K. zur Beitragszahlung verpflichtet war. Nach § 396 Abs. 1 a. a. O. haften die Arbeitgeber Versicherter, die gleichzeitig in mehreren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen stehen, als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge. Voraussetzung der Haftung eines Arbeitgebers eines an mehreren Stellen beschäftigten Arbeitnehmers für die Beitragszahlung ist hiernach, daß der Arbeitnehmer zu ihm in einem „versicherungspflichtigen" Arbeitsverhältnis steht. Nach I Nr. 4 der Bekanntm. betr. Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756) bleiben vorübergehende Dienstleistungen versicherungsfrei, wenn sie von Berufsarbeitern während des Bestehens eines regelmäßigen versicherungspflichtigen . . . . . Arbeitsverhältnisses zu einem bestimmten Arbeitgeber nebenher, sei es gelegentlich, sei es in regelmäßiger Wiederkehr, ausgeführt werden. Diese Bestimmung findet auf das Beschäftigungsverhältnis der Aufwärterin K. bei dem Kaufmann M. Anwendung. Die K. war Berufsarbeiterin, denn sie hat durch gelohnte, an sich versicherungspflichtige Tätigkeiten ihren Lebensunterhalt derart erworben, daß ihre wirtschaftliche Stellung zu einem erheblichen Teile auf der Lohnarbeit beruhte (zu vgl. Anleitung über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 721 ff. Ziff. 10 unter III und die dort angeführten Entscheidungen). Unter den Beteiligten besteht kein Streit darüber, daß die Beschäftigung der K. bei Rechtsanwalt H. nach dem Umfang der Arbeitsleistung und der Höhe des Entgelts für sich allein versicherungspflichtig war. Ebenso kann es nicht zweifelhaft sein, daß die von der K. neben ihrer Beschäftigung bei Rechtsanwalt H. verrichtete Tätigkeit im Hinblick auf die darauf verwendete Zeit von werktäglich nur einer Stunde und auf den geringen dafür erzielten Entgelt nur nebenher, wenn auch in regelmäßiger Wiederkehr, ausgeführt worden ist. Falls, wie hier, eine versicherungspflichtige Hauptbeschäftigung vorliegt, scheidet jede sonstige Dienstleistung, die „nebenher" ausgeführt wurde, nach I Nr. 4 der Bekanntm. vom 17. November 1913 als versicherungsfrei aus. Einer Versicherung bedarf es auch in solchen Fällen nicht, weil der Arbeitnehmer bereits durch die Hauptbeschäftigung versichert ist und seine Versicherung durch Berücksichtigung nebenher laufender vorübergehender Leistungen kaum merklich

beeinflußt werden würde. Ihre Berücksichtigung könnte nur die Geschäftsführung der Krankenkassen unnötig erschweren und die Arbeitgeber in einer den geringen Dienstleistungen nicht entsprechenden Weise belasten. Das würde sogar zu einer Schädigung der Versicherten führen können, da alsdann auf ihre Dienste in solchen Fällen häufig verzichtet werden würde.

In Ermangelung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung der Aufwärterin K. war Kaufmann M. weder zur An- und Abmeldung bei der Kasse noch zur Beitragszahlung verpflichtet. Eine Fortzahlung der Beiträge im Sinne des § 397 Abs. 1 RVO. kann daher nicht in Frage kommen. Wie zu entscheiden ist, wenn ein Arbeitnehmer gleichzeitig in mehreren Beschäftigungsverhältnissen steht, von denen jedes, für sich betrachtet, nach der Bekanntm. vom 17. November 1913 versicherungsfrei wäre, kann hier dahingestellt bleiben.

Anmerkung: Der Herr Einsender findet die Entscheidung „fast unerklärlich". Wir können dem nicht zustimmen, halten vielmehr die Ausführungen für klar und ganz einwandsfrei.

B. Zur Unfallversicherung.

Unzulässige Umwandlung einer Rente alten Rechts in eine „Dauerrente"; Rechtskraft einer solchen Entscheidung.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 26. Oktober 1917 (I a 917/17).

Der Monteur G. hat am 17. Mai 1911 einen Betriebsunfall erlitten, für dessen Folgen er bisher für die Dauer der völligen Erwerbsunfähigkeit vom 17. August 1911 bis zum 30. November 1911 die Vollrente und vom 1. Dezember 1911 ab für die Dauer der teilweisen Erwerbsunfähigkeit bis auf weiteres einschließlich eine Schonungs- und Übergangsrente von 10 v. H. eine Teilrente von 40 v. H. bezogen hat.

Durch Bescheid vom 28. März 1913 setzte die Berufsgenossenschaft die bisher gewährte Rente vom 1. Mai 1913 ab auf eine Teilrente von 30 vom Hundertsatz herab und hielt diese Festsetzung auf Grund des ihr zugrunde liegenden Gutachtens des Dr. P. vom 17. März 1913, das durch die Angaben des Verletzten im Einspruchverfahren nicht erschüttert worden sei, durch Endbescheid vom 26. Mai 1913 aufrecht. Auf die Berufung des Klägers, der bestritt, daß in den für die Festsetzung der 40 prozentigen Rente maßgebend gewesenen Verhältnisse eine Änderung eingetreten sei, hat das Oberversicherungsamt durch Urteil vom 30. Juli 1913 unter Aufhebung des angefochtenen Endbescheides die Berufsgenossenschaft verurteilt, dem Sebastian G. die bisherige 40 prozentige Unfallrente ab 1. Mai 1913 weiter zu gewähren. Nach dem Bescheide vom 28. März 1913 sollte die Teilrente von 30 v. H. als Dauerrente gewährt werden. Das Oberversicherungsamt verneinte das Vorliegen einer wesentlichen Änderung in den für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesenen Verhältnissen (§ 608 RVO.) und beließ daher, wie es in den Gründen des Urteils heißt, dem G. die seitherige Rente, „im Hinblick auf § 1585 RVO. nunmehr als Dauerrente im Sinne des § 609 Satz 2 ebenda". Rekurs hiergegen wurde nicht eingelegt.

Am 7. Juni 1916 stellte Dr. E. eine wesentliche Besserung des Zustandes fest, die sich namentlich im vollkommenen Zurückgehen der Druckempfindlichkeit am linken Handrücken zeige. Die Berufsgenossenschaft setzte nunmehr durch Bescheid vom 23. Juni 1916 die bisher gewährte Rente von 40 v. H. auf eine Teilrente von 30 v. H. als Dauerrente herab.

Das zuständige Versicherungsamt sah von einer Durchführung des erweiterten Einspruchverfahrens ab und begründet dies der Berufsgenossenschaft gegenüber folgendermaßen: „Wie sich aus den Entscheidungen des RVA. vom 12. Juni 1914 und vom 3. Oktober 1914 (Amtl. Nachr. 1915 S. 330 und 407; Entscheidungen und Mitteilungen des RVA. Bd. IV S. 377 ff.) ergibt, ist es zur Festsetzung des Charakters einer Rente als einer vorläufigen oder einer Dauerrente erforderlich, daß dies im Tenor und nicht in den Gründen des Urteils zum Ausdruck kommt. Da sich im Urteil des Oberversicherungsamtes der einschlägige Vermerk nur in den Gründen findet, ist er unbeachtlich. Der Unfall war am 17. Mai 1911. Bei Minderung der Rente auf 30 v. H. durch den Bescheid vom 28. März 1913 waren noch keine zwei Jahre nach dem Unfall verflossen. Die Berufsgenossenschaft konnte daher eine Dauerrente festsetzen oder die Rente noch als vorläufig bestimmen. Sie wählte den ersteren Weg. Da das Oberversicherungsamt die frühere Rente von 40 v. H. wieder herstellte, so kam darin zum Ausdruck, daß eine Änderung der Verhältnisse nicht eingetreten war. Es konnte also das Oberversicherungsamt die Rente auch aus diesem Grunde nicht als Dauerrente bezeichnen; denn nach der Entscheidung des RVA. vom 12. Februar 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 472; Entscheidungen usw. Bd. V S. 196) kann eine Rente alten Rechts nur beim Vorliegen einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse neu festgestellt werden und zwar gilt dies auch dann, wenn wie hier der Ablauf von 2 Jahren nach dem Unfall erst unter der Herrschaft der RVO. stattfindet. Damit wurde aber auch die Bestimmung der Rente als Dauerrente seitens der Berufsgenossenschaft hinfällig."

Die Berufsgenossenschaft trat dieser Anschauung bei und hielt im Endbescheid die Herabsetzung der Rente aufrecht. Auf die vom Kläger hiergegen eingelegte Berufung hat das Oberversicherungsamt nach Anhören seines Vertrauensarztes den Endbescheid aufgehoben und die Berufsgenossenschaft zur Fortgewährung der 40 prozentigen Rente verurteilt. Zur Frage ob es sich um die Änderung einer Dauerrente handle, nahm es nicht Stellung, bezeichnete auch sein Urteil nicht als endgültig; es muß daher im Hinblick auf § 1692 Abs. 1 RVO. angenommen werden, daß auch das Oberversicherungsamt den Standpunkt des Versicherungsamtes teilte. Die Berufsgenossenschaft legte Rekurs ein. Das Reichsversicherungsamt hat aber den Rekurs als unzulässig verworfen. Aus den Gründen:

Da es sich seinerzeit bei der Feststellung der Teil-

rente von 40 v. H. im Jahre 1911, um eine Rente alten Rechts gehandelt hat, hätte allerdings das Oberversicherungsamt in seinem Urteil vom 30. Juli 1913, welches den Eintritt einer wesentlichen Veränderung der Verhältnisse verneinte, die bisherige Rente als eine Rente alten Rechts ohne Jahresbindung einfach bestehen lassen müssen und sie nicht als Dauerrente bezeichnen dürfen. Denn Renten alten Rechts können nur bei wesentlicher Veränderung der Verhältnisse anderweit festgestellt und nicht wie die vorläufigen Renten der Reichsversicherungsordnung ohne solche Veränderung in Dauerrenten umgewandelt werden. Das Oberversicherungsamt hat jedoch tatsächlich diese Umwandlung ausgesprochen und das Urteil ist unangefochten geblieben und rechtskräftig geworden. Unerheblich ist dabei, daß das Oberversicherungsamt in der Urteilsformel von der „bisherigen 40prozentigen Unfallrente" spricht und nur in den Gründen sagt, daß die Belassung der seitherigen Rente „im Hinblick auf § 1585 der RVO. nunmehr als Dauerrente im Sinne des § 609 Satz 2 ebenda" erfolge. Diese Begründung stellt eben lediglich außer Zweifel, daß das Oberversicherungsamt die bisherige Rente, die als Rente alten Rechts damals überhaupt auch nicht förmlich als „vorläufige" Rente festgestellt werden konnte, sondern einfach eine Rente alten Rechts war, nunmehr nach dem Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfall die Dauerrente im Sinne des § 1582 Abs. 2 RVO. feststellen wollte. Damit stand rechtskräftig fest, daß die Teilrente von 40 v. H. seit 1913 eine Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung war. Man kann auch nicht sagen, daß diese Entscheidung, weil sie an sich unrichtig war, bezüglich ihres unrichtigen Inhalts als nicht geschrieben oder schlechthin nichtig zu gelten habe, wie es nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts der Fall ist, wenn eine Entscheidung der Versicherungsbehörden einen Inhalt hat, der überhaupt nicht Gegenstand einer solchen Entscheidung sein kann. Denn dieser Fall liegt eben nicht vor; Entscheidungen der Oberversicherungsämter können unter Umständen sehr wohl Dauerrenten feststellen, im gegebenen Fall waren nur die Voraussetzungen dafür nicht gegeben. Es handelt sich also nur um eine unrichtige Anwendung des Gesetzes, die im Rechtsmittelzuge (Rekurs) hätte beseitigt werden können, deren Wirkung aber, nachdem die Entscheidung einmal rechtskräftig geworden ist, zu Recht bestehen bleiben muß. Danach handelte es sich im jetzigen Verfahren um die Neufeststellung einer Dauerrente wegen Änderung der Verhältnisse. In solchen Fällen ist jedoch nach § 1700 Nr. 8 RVO. der Rekurs ausgeschlossen.

Sprechsaal.

Behandlung von Zahnkrankheiten durch Dentisten.

Oberregierungsrat Dr. Behrend hat in Arb.-Vers. 1918 Heft 8 einen Aufsatz über „Zahnkrankheiten von Krankenkassenmitgliedern" veröffentlicht, der auch einige unrichtige Behauptungen von Zahnarzt Baden über unseren Stand und über unsere Standesvertretungen anführt. Da Herrn Dr. Behrend unsere Richtigstellungen nicht bekannt geworden sind, so sei uns an dieser Stelle eine nochmalige Zurückweisung der Badenschen Behauptungen gestattet. In einer Flugschrift „Wer ist berufen die Zähne des deutschen Volkes zu behandeln" (Verlag Th. Schatzky, Breslau) haben wir allerdings die Behauptung aufgestellt, Krankenkassenmitglieder könnten auf Wunsch (Zustimmung) Hilfe bei Dentisten erlangen. Diese ist aber nicht unrichtig, sondern entspricht den Bestimmungen der RVO. Dr. Behrend führt den § 123 der RVO. eingangs seines Artikels wortgetreu an. Es heißt dort im 1. Satz „Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung außer durch Zahnärzte mit Zustimmung des Versicherten auch durch Zahntechniker gewährt werden. Etwas anderes haben wir in unserer Schrift nicht behauptet. Unsere damalige Feststellung kann sinngemäß nur so verstanden werden, daß überall da, wo die Zustimmung oder der Wunsch der Versicherten vorliegt, also auch in den Orten, wo genügend Zahnärzte vorhanden sind, Dentisten zugelassen werden können. Es sind keine gesetzlichen Bestimmungen vorhanden, die den Versicherungsträgern diese Zulassung verbieten. Wir haben nur behauptet, daß unsere Kollegen in diesen Fällen zugelassen werden können. Die Zahnärzte, die unsere Tätigkeit in den Orten, wo genügend Zahnärzte vorhanden sind, ganz ausschalten möchten, behaupten nun, daß wir gesagt hätten, wir müßten in jedem Fall zugelassen werden. Nur dieser angeblichen Behauptung, die aber von uns niemals aufgestellt worden ist, tritt der Erlaß des preußischen Herrn Ministers des Innern vom 15. 6. 14 (ArbVers. 1914 S. 521) entgegen, nicht aber unserer Auffassung, daß wir zugelassen werden können. Wie aber dieser uns gar nicht treffende Erlaß des Ministers ausgebeutet wird, ist aus einer Mitteilung des Zahnarztes Neumann in Danzig in den Zahnärztlichen Mitteilungen 1914 Nr. 13 ersichtlich. Er behauptet dort zum Schluß:

> „Durch den Erlaß haben wir eine gute Handhabe überall dort, wo die Voraussetzungen des Bundeserlasses vom 20. Dezember 1913 (M. K. 7789 MinBl. f. d. Med. Ang. S. 372) nicht vorliegt, wo insbesondere die Zahl der vorhandenen Zahnärzte für die zahnärztliche Versorgung der Kassenmitglieder ausreicht, der hier festgesetzten Bestimmung des Herrn Ministers in bezug auf die Zulassung von Zahntechnikern zur Behandlung der Kassenmitglieder Geltung zu verschaffen. — Mögen die Kollegen reichlich davon Gebrauch machen."

Der Erlaß soll also benutzt werden, dort wo die Kassen mit Zustimmung der Versicherten unsere Zulassung wünschen, diese zu verhindern. Der fragliche Erlaß ist überdem, da er auch die irrtümliche Behauptung aufstelle, daß der § 122 bei Zahnkrankheiten die Behandlung im Regelfall ausschließlich den Zahnärzten vorbehält, durch einen weiteren Erlaß vom 15. 12. 14 (ArbVers. 1915 S. 59) berichtigt worden.

Weiter übernimmt Dr. Behrend in seinem Artikel einige unwahre Behauptungen des Zahnarztes

Baden als wahr. Baden behauptet in seiner Schrift, daß von den 8000 Dentisten 70 v. H. dem Barbiergewerbe, 10 v. H. allen möglichen Gewerben und nur 20 v. H. dem Zahntechnikergewerbe entstammen. Diese Behauptung ist unwahr, aber Beweise dafür sind nicht beigebracht. Man kann auch hier sagen, daß der Wunsch der Vater des Gedankens ist. Nach unseren Ermittelungen sind wir zu anderen Ergebnissen gekommen und müssen diese verächtlich machende Schilderung unserer Berufsangehörigen zurückweisen. Die weit überwiegende Mehrzahl unserer Kollegen stammt aus dem Zahntechnikerberuf, d. h. sie haben sich nach Verlassen der Schule diesem direkt zugewandt, ohne den Umweg über einen anderen Beruf. Aber selbst wenn die Behauptung Badens richtig wäre, wäre sie nicht nur bedeutungslos, sondern sie wäre dann ein Beweis, daß es immer noch mehr Zahnärzte geben müßte, als wir annehmen, welche gegen größere oder geringere Geldsummen Angehörige anderer Berufe dem Zahntechnikerstande zuführen, ohne sie für diesen genügend vorgebildet zu haben, wie es bald nach Einführung der Gewerbefreiheit leider eine ganze Anzahl von Zahnärzten getan haben. Es kommt aber nicht darauf an, was man früher gewesen ist, sondern wie der neue Beruf erlernt worden ist. Aber auch unter den Zahnärzten haben wir eine ganze Zahl, die früher einen anderen Beruf hatten, in dem sie aus irgendwelchen Gründen keine Befriedigung fanden. Auch dort finden wir frühere Kaufleute, Apotheker, Tierärzte, Goldarbeiter, ja sogar Zahntechniker und — früher sogar auch Barbiere. Die schlechtesten und unfähigsten Zahnärzte waren das übrigens nicht. Solche Überläufer findet man jedoch bei allen aufstrebenden Berufen. Wir haben keine Ursache sie bei uns zu leugnen, aber Baden hat den Prozentsatz dieser Überläufer bei uns tendentiös entstellt. Die amtlichen Unterlagen für seine Behauptungen fehlen. Durch die Ausführungsbestimmungen zur RVO. in den verschiedenen Bundesstaaten ist aber festgelegt worden, daß, außer anderen Bestimmungen, zur Kassenpraxis eine dreijährige Lehrzeit in der Zahntechnik und eine vierjährige praktische Tätigkeit in derselben erforderlich ist. Durch diese Bestimmung werden etwaige unzuverlässige Elemente vollständig ausgemerzt. Dr. Behrend bemerkt sehr richtig (S. 143) „Die Mehrzahl unter diesen 8000 Zahnbehandlern dürften den Anforderungen des preuß. Ministers des Innern an Zahntechniker im Sinne der RVO. genügen". Damit berichtigt er selbst die haltlosen Anschauungen Badens. Die von Baden bei einzelnen von uns festgestellte moralische Minderwertigkeit und die schwere, durch Außerachtlassung der erforderlichen Reinlichkeit und Vorsicht herbeigeführte Schädigung einzelner Patienten durch dieselben soll nicht bestritten werden. Es sind aber einzelne Ausnahmefälle, die in jedem Beruf vorkommen, sogar auch in dem Stand der Zahnärzte. Auch wir haben den Zahnärzten Verfehlungen einzelner Zahnärzte nachgewiesen und haben sie wiederholt veröffentlicht. Zweifler seien auf unsere Feststellungen in unserer Fachpresse sowie auf die Akten einzelner Krankenkassen verwiesen.

Wenn Dr. Behrend die Ansicht vertritt, daß es im Interesse der Kassenpatienten läge, daß bei einer Novelle zur RVO. die jetzt den Zahntechnikern noch belassenen Fälle selbständiger Behandlung verschwände und sie auf die ihnen allein gebührende Tätigkeit als zahnärztliche Heilgehilfen beschränkt würden, so sei auf die gegenteilige Anschauung sämtlicher großen Krankenkassenverbände verwiesen. Diese sind auf Grund ihrer, langjähriger Beobachtung zu vollständig entgegengesetzten Ansichten gekommen und wünschen nicht nur die Beibehaltung der Dentisten, sondern befürworten auch eine Erweiterung unseres Tätigkeitsgebietes.

In dem Artikel wird auch auf die Ansicht hingewiesen, daß die für Krankenkassenzahntechniker in Elsaß-Lothringen eingeführte Prüfung keine günstigen Erfolge gehabt haben soll. Das ist jedoch Ansichtssache. Die Gründe, die Pfaff zu dieser Annahme führten, sind nicht bekannt gegeben worden. Dieser Anschauung steht aber die günstige der Elsaß-Lothringischen Prüfungskommission, in welcher sich ein Zahnarzt und ein Arzt befinden, gegenüber. Das diese Prüfung nicht so minderwertig ist, geht auch aus der Tatsache hervor, daß der Reichstag, gelegentlich einer Beschlußfassung in einer anderen Sache, eine Resolution angenommen hat, die die verbündeten Regierungen ersucht, diese Prüfung für Zahntechniker in allen Bundesstaaten einzuführen.

Die Presse-Kommission
des Verbandes der Dentisten im Deutschen Reich.
I. A.: G. Israel.

Bedenkliche Reklame in der Sozialversicherung.

Als eine Kundgebung der RVA. für Angestellte hat eine Anzahl Blätter eine Notiz veröffentlicht, worin, um „einen schlagenden Beweis für die schweren Nachteile, die den Angestellten durch Preisgabe ihrer selbständigen Angestelltenversicherung und Angliederung an die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zugefügt werden würde", die Ziffern gegenübergestellt werden, welche veranschaulichen, was die Anstalt selbst im Jahre 1916 auf dem Gebiet des Heilverfahrens geleistet hat, und was auf dem gleichen Gebiet seitens der zum Amtsbereich des Reichsversicherungsamts gehörenden Versicherungsträger bewirkt worden sei. Von der Annahme ausgehend, daß die Zahl der bei der Reichsversicherungsanstalt Versicherten ungefähr 1/10 der der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung unterstellten Personenzahl betrage, berechnet jene Notiz, daß die Anstalt „der Zahl der Fälle nach mehr als das Doppelte und dem Kostenaufwande nach mehr als das Dreieinhalbfache geleistet" habe.

Wir haben es hier mit einem Musterbeispiel von Tendenzstatistik zu tun, wie es eine Privatgesellschaft einem Konkurrenzunternehmen gegenüber kaum in Anwendung bringen würde. Wenn aber eine private Versicherungsgesellschaft dies dennoch täte, so würde fraglos das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung gegen diese Art des Wettbewerbes einschreiten; denn wer über die Arbeiterversicherung einerseits, die Angestelltenversicherung andererseits nicht genügend unterrichtet ist, muß aus jener Notiz notwendigerweise die völlig unrichtige Folgerung ziehen, daß unser großes Friedenswerk der Arbeiterversicherung, das sich namentlich in dem Krieg in so hervorragender Weise betätigt hat, etwas ganz Minderwertiges ist, während die Angestelltenversicherung die Arbeiterversicherung gewaltig übertreffe. Verschwiegen sind in der Statistik die sehr erheblichen Unterschiede in den Beiträgen einerseits für die Arbeiter; anderseits für die Angestellten; verschwiegen sind alle übrigen Leistungen der Arbeiterversicherungsträger, denen gegenüber die Angestelltenversicherung bis heute so gut wie überhaupt nichts aufzuweisen vermag. Es ist auch durchaus unrichtig, daß „bei einer Angliederung der Angestellten- an die In-

validen- und Hinterbliebenenversicherung", wie sie nicht nur ein Kreis unparteiischer und angesehener Sozialpolitiker neuerdings wieder befürwortet, den Angestellten geringere Leistungen zuteil würden, als sie bisher beanspruchen können.

Die höchst bedauerliche und überflüssige Notiz kann nur die Wirkung haben, den 20 und mehr Millionen deutscher Arbeiter, sowie deren Angehörigen die Arbeiterversicherung zu verleiden und in der Sozialversicherung, welche gerade ausgleichend wirken soll, einen höchst bedenklichen Klassen- und Kastengeist zu züchten. Man scheint sich auch nicht darüber klar geworden zu sein, daß solches Vorgehen die ganze deutsche Sozialversicherung im Ausland in Mißkredit bringt, und zwar gerade zu einer Zeit, in der alle sozialpolitischen Organisationen die Einführung der Sozialpolitik nach deutschem Vorbild als Bedingung in die Friedensverträge bringen wollen. Was würde die Reichsversicherungsanstalt dazu sagen, wenn etwa jemand namens des Reichsversicherungsamts Tendenzstatistiken gleicher Art aufmachen und z. B. eine Gegenüberstellung der Fälle liefern wollte, in denen nach dem Geschäftsbericht der Reichsversicherungsanstalt es dieser trotz ihres großen Beamtenheeres bei weitem nicht gelungen ist, sämtliche unter das Gesetz eigentlich fallenden Unternehmer zu erfassen, oder wenn das Amt vergleichen wollte, welche Renten in der Invalidenversicherung und welche in der sehr viel teureren Angestelltenversicherung bisher bezahlt worden sind? Zweifelsohne ist nur eine übereifrige untergeordnete Stelle der Anstalt für die hier gekennzeichnete Verirrung verantwortlich zu machen und das Präsidium wird diese Art Wettbewerb zwischen Reichseinrichtungen mittels Preßnotizen ebenso mißbilligen, wie die ihm übergeordneten Stellen. Mit solchen Mitteln wird jedenfalls die Zahl der Gegner der Anstalt nicht verringert, die Zahl ihrer Anhänger kaum vergrößert werden können. Hält etwa der Urheber jener Notiz solche Mittel für nötig, um die Daseinsberechtigung der Anstalt zu beweisen? Fürchtet er nicht, es könnte der Nachweis erbracht werden, daß den Arbeitern erhöhte Leistungen gewährt werden könnten, wenn man die unwirtschaftliche und kostspielige selbständige Organisation der Angestelltenversicherung durch eine zweckmäßigere und billigere ersetzte und die Ersparnisse für das Heilverfahren verwendete?

Professor Dr. Alfred Manes, Berlin.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Angestellten- oder Arbeitskammern.

Unter dieser Überschrift hat S. Aufhäuser, Bundessekretär der technisch-industriellen Beamten, im „Berliner Tageblatt" den folgenden Aufsatz veröffentlicht, den wir mit freundlicher Ermächtigung des Verfassers und der Schriftleitung mitteilten, weil nicht nur der Gegenstand an sich das Interesse unserer Leser beanspruchen darf, sondern auch die Ausführungen sich den Gründen anreihen, die für die Verschmelzung der Angestellten- mit der Invalidenversicherung geltend gemacht werden (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 809 ff.).

Die soziale Gesetzgebung des Reiches, wie sie insbesondere durch den Krieg bedingt wird, strebt zwei Hauptzielen zu. Einmal gilt es durch die staatliche Fürsorgetätigkeit dem Leben und der Gesundheit der arbeitenden Menschen einen erhöhten Schutz zuteil werden zu lassen, um so die Kraft und Leistungsfähigkeit der werktätigen Bevölkerung zu mehren. Dann aber wird sich die Gesetzgebung der Aufgabe zuwenden müssen, den Angestellten und Arbeitern die bürgerliche Gleichberechtigung im politischen, wirtschaftlichen und sozialen Leben zu gewährleisten. Diese Gleichberechtigung muß sich vor allem in der richtigen Bewertung der Arbeitnehmer und ihrer Verbände als Verhandlungsfaktoren zeigen.

Den Angestelltenorganisationen ist auch in der „Zeit des Burgfriedens die Möglichkeit unmittelbarer Verhandlungen mit den Arbeitgebervertretungen in der Hauptsache noch versagt geblieben. Die gesetzliche Interessenvertretung mit dem entsprechenden Verhandlungszwang, wie sie jetzt durch das Arbeitskammergesetz geschaffen werden soll, hat daher gerade für die Berufsgruppen der Privatangestellten ein erhöhtes Interesse. Der übrige Aufgabenkomplex der Arbeitskammern, vor allem die vorbereitende Tätigkeit für die sozialpolitische Gesetzgebung, Beratung von Wünschen und Anträgen der Dienstvertragsverhältnisse usw., wie er an dieser Stelle bereits von Erich Dombrowski besprochen wurde, ist für die Angestellten nicht minder wichtig als für die Arbeiter.

So sehnsüchtig nach alledem der Gesetzentwurf über die Arbeitskammern auch von den Angestellten erwartet werden mußte, so lebhaft wird man es bedauern müssen, daß die Regierung die kaufmännischen und technischen Angestellten von den Arbeitskammern ausgeschaltet hat, um ihnen ein besonderes Gesetz über Angestelltenkammern in Aussicht zu stellen. Diese Trennung der Kopf- und Handarbeiter in der sozialen Gesetzgebung erscheint in mehrfacher Hinsicht außerordentlich bedenklich und sie entbehrt, abgesehen von äußeren Unterscheidungsmerkmalen, der grundsätzlichen Berechtigung. Es ist zwar richtig, daß ein Teil der Handlungsgehilfenverbände ein Sondergesetz — Kaufmannskammern — anstrebte, doch handelt es sich hier lediglich um eine historische Begründung, die in der heutigen sozialen Lage der Angestellten keinerlei Stütze mehr findet. Die Privatangestellten sollen der reinen Arbeitnehmereigenschaft entbehren und eine Art von Mittelstand zwischen Unternehmertum und Lohnarbeiterschaft bilden. Diese Auffassung war früher insofern verständlich, als bis in die 70er und 80er Jahre die Beschäftigung des „jungen Kaufmanns" in den kleinen Handelsgeschäften vielfach als Übergangsstadium zur Selbständigkeit in demselben Gewerbe angesehen werden konnte. Mit der fortschreitenden Entwicklung Deutschlands zum ausgesprochenen Industriestaat, dem damit verbundenen Anwachsen der Großbetriebe und ihrer scharfen Arbeitsteilung sind auch für die Angestellten jene patriarchalischen Arbeitsverhältnisse so gut wie gänzlich entschwunden. An die Stelle des persönlichen Konnexes zwischen dem Prinzipal und seinem Kommis ist im modernen Industrie- und Handelsbetrieb die Geschäftsbureaukratie und Hierarchie getreten. Bei der großen Zahl von Aktiengesellschaften kann von einem persönlichen Arbeitgeber überhaupt nicht mehr die Rede sein. Der soziale Interessengegensatz zwischen Kapital und Arbeit, der für das kollektive Vorgehen der gewerkschaftlichen Arbeiterverbände maßgebend ist, tritt auch für die Angestellten täglich deutlicher in die Erscheinung.

Die verschieden gesellschaftliche Schichtung der

Privatangestellten ändert nichts an der Tatsache, daß in sozialer Hinsicht auch die Angestellten Arbeitnehmer sind, deren Interessen zum Arbeitgeber etwa mit dem Verhältnis zwischen Käufer und Verkäufer vergleichbar wären. Es ist also grundsätzlich nicht zu verstehen, warum für die soziale Interessenvertretung zwei inhaltlich völlig gleichartige, getrennte Gesetze für Arbeiter und Angestellte notwendig sein sollen. Wenn weiter für das Sondergesetz angeführt wird, daß die Angestellten mehr im Vorgesetztenverhältnis zu den Arbeitern stehen, so trifft das nur bedingt zu. Für die Handelsangestellten kommt eine solche Beweisführung nur ganz vereinzelt in Frage. Und wenn die technischen Betriebsbeamten gegenüber den Arbeitern ihrer Gruppe Vorgesetzteneigenschaften besitzen, so ändert das nichts an der Tatsache, daß die Werkmeister usw. in der Vertretung ihrer eigenen Interessen gegenüber der Firma doch wiederum Arbeitnehmer bleiben. Schließlich sind ja auch die Angestellten unter sich auch vielfach im Verhältnis von Vorgesetzten zu Untergebenen. Wäre die erwähnte Beweisführung richtig, dann müßte man auch aus den Angestelltenkammern wiederum die Bureauchefs, die Abteilungsleiter, die Aufsichtspersonen usw. herausheben, um ihnen besondere Vorgesetztenkammern zu schaffen. Ebenso müßten die Monteure, Vorarbeiter usw. aus den allgemeinen Arbeitskammern herausgenommen werden.

Die Doppelgesetzgebung für Angestellte und Arbeiter stößt auch in der praktischen Durchführung auf immer größere Schwierigkeiten. Die Rechtsprechung der Angestelltenversicherung hat bereits gezeigt, wie flüssig die Grenze zwischen den beiden Berufsgruppen geworden ist. Es fehlt bis auf den heutigen Tag eine auch nur einigermaßen brauchbare Definierung des Begriffes „Angestellter“. Bei den Arbeitskräften in den Lohnbureaus der Industrie, bei den Polieren, den Vorzeichnern, den Stuhlmeistern und zahlreichen weiteren Gruppen ist auch die Spruchpraxis der Sozialversicherung durchaus schwankend. Durch den Krieg ist zu alledem noch ein häufiger Berufswechsel zwischen den Angestellten und Arbeiterkategorien hinzugekommen. Schließlich bedeutet es auch für die Arbeitgeber eine zeitraubende Belastung, daß sie in allen Angelegenheiten der Arbeits- und Angestelltenkammern doppelte Beratungen abhalten müssen.

Soweit wirklich besondere Angestelltenfragen auftauchen, könnte nach den von den Gewerkschaften gemachten Vorschlägen von den vorgesehenen Angestelltenabteilungen der allgemeinen Kammern verhandelt werden. In allen allgemeinen Arbeitnehmerfragen aber wäre die Arbeitskammer die gegebene Institution. Es sei zum Beispiel an die wirtschaftspolitischen Fragen erinnert, in denen Angestellte und Arbeiter völlig gleichlaufende Interessen zu vertreten haben; sie sind sämtlich Verbraucher.

Die Anhänger einer Fortführung der Sozialreform nach dem Kriege stimmen mit ihren Gegnern darin überein, daß angesichts der Finanzverhältnisse jede entbehrliche weitere Belastung vermieden werden muß. Es kann aber mit den Richtlinien einer wirklichen Sparsamkeitspolitik nicht in Einklang gebracht werden, daß durch die getrennten Arbeits- und Angestelltenkammern wiederum doppelte und kostspielige Verwaltungskörper gebildet werden, nachdem die unrationelle Wirtschaft der sozialen Sondergesetzgebung für Angestellte erst in allerletzter Zeit bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte mit erschreckender Deutlichkeit in die Erscheinung getreten ist.

Was bleibt nach alledem an Gründen übrig, um neben den Arbeitskammern gesonderte Angestelltenkammern zu schaffen? Die Antwort darauf hat vor einiger Zeit ein hiesiges Blatt der Schwerindustrie gegeben. „Die Privatangestellten müssen dem Bürgertum erhalten bleiben.“ Also lediglich um die Angestellten vor einer politischen Infizierung durch die sozialdemokratische Arbeiterschaft zu bewahren, soll jetzt erneut von einer einheitlichen und großzügigen Sozialgesetzgebung Abstand genommen werden, um statt dessen die Zersplitterung an den Anfang der sozialpolitischen Neuorientierung zu setzen. Der gewollte Zweck wird damit gewiß nicht erreicht, denn im Ernst kann man wirklich nicht daran glauben, daß auch nur ein Angestellter seine politische Orientierung davon abhängig machen wird, ob er in irgendeiner Körperschaft mit Lohnarbeitern zusammen sitzt. Der Zustrom der Angestellten zur Sozialdemokratie dürfte in erheblichem Maße von der weiteren Entwicklung ihrer wirtschaftlichen Lage bedingt werden, aber keineswegs von dem gelegentlichen oder regelmäßigen örtlichen Zusammentreffen mit Arbeitern.

Schließlich hat sich auch bei dem Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst gezeigt, daß im entscheidenden Augenblick, wenn es sich um die beschleunigte Durchführung einer sozialen Umwälzung handelt, auch die Reichsregierung die Grundlage eines einheitlichen Gesetzes für Angestellte und Arbeiter gewählt hat und damit gut gefahren ist. Nach diesen Erfahrungen kann es aber unmöglich die Aufgabe der Gesetzgebung sein, etwa für die kommende Friedenszeit dort künstliche Mauern aufzutürmen, wo gemeinsame soziale Interessen gegeben sind.

Erhöhung der ärztlichen Gebühren bei bayerischen Krankenkassen.

Die Ärzteschaft stellte in letzter Zeit auch an die niederbayerischen Krankenkassen das Ansuchen, ihnen mit Rücksicht auf die derzeitigen Verhältnisse eine Erhöhung der vereinbarten Gebühren bis zu 50 v. H. zu gewähren. Dieses Ansuchen wurde meist als unannehmbar bezeichnet und daher zurückgewiesen; dagegen wurde meist eine Erhöhung des Weggeldes mit Recht zugebilligt. Zum Teil wurden seitens der ärztlichen Vereinigungen auch die bestehenden Dienstverträge zum Jahresschlusse gekündigt, was zur Folge hatte, daß die erst zu bildenden Vertragsausschüsse den Wortlaut der neuen Verträge festzustellen und bei dieser Gelegenheit auch die Forderungen der Ärzte auf Erhöhung der Gebühren zu berücksichtigen hatten. In einem im Benehmen mit dem bayerischen Krankenkassenverband ausgearbeiteten Musterarztvertrag wurden die diesbezüglichen Forderungen der Ärzteschaft eingehend gewürdigt mit dem Ergebnis, daß einerseits die Pflichten der Kassenärzte genau festgelegt, andererseits aber auch deren Vergütungssätze wie folgt bestimmt wurden:

Die Bezahlung der Ärzte erfolgt nach Einzelleistungen zu den Mindestsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung. Bei gynäkologischen Untersuchungen, Massagen, Elektrisieren, Anwendung von Heißluft u. dergl. wird abweichend von § 2 der bayerischen Gebührenordnung die volle Gebühr von 2 M vergütet.

Für den ersten Besuch werden 2 M, für jeden folgenden im Verlauf der nämlichen Krankheit 1,50 M, für den ersten Nachtbesuch 4 M, für jeden folgenden Nachtbesuch 3 M bezahlt.

Für die Sprechstunde wird 1 M, bei Nacht für die erste Verordnung 2 M, für jede folgende im Verlauf der nämlichen Krankheit 1 M bezahlt.

Für Besuche an Orten, die mehr als 1 Kilometer vom Orte des Arztes entfernt sind, wird neben der Besuchsgebühr eine besondere Entschädigung für Reisekosten und Zeitaufwand (Weggeld) von 1,50 ℳ für jeden Kilometer des Hinweges bezahlt. Für die Dauer der gegenwärtigen außerordentlichen Preiserhöhung für Futtermittel und Fahrgelegenheit wurde das Weggeld auf den Betrag von 2 ℳ für jeden Kilometer des Hinweges in widerruflicher Weise festgesetzt.

Der Vertrag enthält auch die Bestimmung, daß die Ausgaben für ärztliche Behandlung im Durchschnitt den Betrag von 5 ℳ jährlich für das Mitglied nicht übersteigen darf. (Besondere Verrichtungen, Nachtbesuche und Weggelder werden hierbei nicht mitgerechnet.) Soweit die Kasse in der Satzung Familienhilfe nach § 205 RVO. zubilligt oder gemäß § 4 der Verordg. vom 3. 12. 14 betr. Kriegswochenhilfe an Stelle der baren Beihilfen Gewährung freier Behandlung durch Ärzte beschlossen hat, erfolgt die Behandlung seitens der Ärzte nach Maßgabe des Vertrages. Das gleiche ist der Fall bezüglich der ärztlichen Behandlung derjenigen Personen, welche von der Kasse gemäß § 219, 220, 944 und 1519 RVO. Krankenhilfe gewährt erhalten oder nach § 213 RVO. weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt sind, sowie für Leistungen, für die die Kasse einen Rechtsanspruch nach § 1542 RVO. geltend macht.

Dieser Vertrag wurde auf 5 Jahre abgeschlossen; er läuft jeweils auf 5 Jahre weiter, wenn er nicht bis zum 1. Oktober des letzten Vertragsjahres gekündigt wird. Abdruck des Vertrages ist von der Firma Niedermeier und Seidel, Neuötting, zu erhalten. Durch diesen Vertrag wurden einerseits die Forderungen der Ärzte einer gerechten Würdigung unterzogen, andererseits aber wurde auch die Leistungsfähigkeit der Kassen berücksichtigt und dadurch ein gedeihliches Zusammenarbeiten der Krankenkassen und Ärzte ermöglicht.

Die Ruhegehaltsversorgung der Kassenangestellten im Wege der Versicherung

(statt im Wege der Anstellung nach § 359 Abs. 1 RVO.) ist Gegenstand lebhafter Bemühungen zahlreicher Kassen. Zwei Kundgebungen, die damit zusammenhängen, liegen uns vor.

I. Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen (Sitz Dresden) ladet zur Gründung einer Pensionskasse deutscher Krankenkassen und hat zu diesem Zweck eine Versammlung der Krankenkassen auf Montag, den 1. Juli 1918, vormittags 9½ Uhr nach Weimar, Hotel Kaiserin Augusta (am Bahnhof) einberufen mit folgender Tagesordnung: 1. Bericht über die Gründungsvorarbeiten und Beschlußfassung über die Errichtung der Pensionskasse; 2. Beratung des Satzungsentwurfs; 3. Wahlen; 4. Sonstiges. — Zur Teilnahme an der Versammlung sind alle Vertreter derjenigen Krankenkassen eingeladen, die bereit sind, die Mitgliedschaft bei der Pensionskasse zu erwerben. Die Mitgliedschaft kann von jeder Krankenkasse (Kassenverband) erworben werden ohne Rücksicht auf die Zugehörigkeit zu einem Krankenkassenhauptverbande. Diejenigen Kassen, die sich an der Gründungsversammlung nicht beteiligen wollen, wohl aber die Mitgliedschaft bei der Pensionskasse zu erwerben beabsichtigen, sind gebeten, dies dem Vorsitzenden des Hauptverbandes mitzuteilen.

II. Der Vorstand der Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen (Sitz Weimar) ladet zur ersten ordentlichen Jahresversammlung am 25. Juni 1918 vorm. 9 Uhr im großen Saal der „Erholung“ zu Weimar ein. Tagesordnung: Geschäftsbericht; Kassenbericht; Änderung der Satzung; Genehmigung der Geschäftsordnungen; Festsetzung der Pauschvergütungen für den engeren Vorstand; Wahlen. — Jede der Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen angeschlossene Kasse kann einen oder mehrere Vertreter entsenden. Ein Vertreter muß dem Vorstand der Krankenkasse angehören. Nur ein Vorstandsmitglied kann das Stimmrecht für seine Kasse ausüben. Das Stimmrecht kann nur persönlich von dem dazu Beauftragten ausgeübt, kann nicht von diesem auf andere Vertreter übertragen werden.

Die Teuerungszulagen zum Kranken- und Wochengeld in der Praxis.

Schon vor dem Erlaß der Verordnung vom 22. November 1917 (ArbVers. 1917 S. 817; hierzu: Jaeger, daselbst 1918 S. 1 und amtl. Erläuterung S. 54) hatten manche Krankenkassen, im Hinblick auf die Kriegsteuerung und die dadurch um so fühlbarer gewordene Unzulänglichkeit des Krankengeldes, eine Erhöhung dieser Kassenleistung eingeführt. Einige hatten dafür, abweichend von § 191 RVO., die Form fester, nicht nach Verhältnis des Grundlohns bemessener Zuschläge gewählt. Dies hatte das Reichsversicherungsamt für unzulässig erklärt (Arb.-Vers. 1917 S. 597). Erst die erwähnte Verordnung hat, dem Bedürfnisse Rechnung tragend, die Krankenkassen ermächtigt, bis zu der Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohnes, also des Arbeitsverdienstes des Versicherten 1. das Krankengeld für Verheiratete und Ledige, sowie nach der Zahl der Kinder und sonstigen Angehörigen abzustufen, die der Versicherte von seinem Arbeitsverdienst zu erhalten hat; 2. für alle oder nur für die minderen Mitgliederklassen oder Lohnstufen Zuschläge zum Krankengeld in einem für alle gleich hohen oder für die niedrigeren von ihnen in erhöhtem Betrage zu bewilligen; 3. das Wochengeld höher als das Krankengeld zu bemessen. Der Zweck dieser Einrichtung ist, die Barleistungen der Krankenkassen mehr den Familienverhältnissen der Kranken anzupassen, auf die seither keine Rücksicht genommen wurde.

Inzwischen haben auch sehr viele größere Krankenkassen entsprechende Einrichtungen getroffen. Die Norddeutsche Allgemeine Zeitung teilt darüber folgendes mit: Die Ortskrankenkassen Wiesbaden, Düsseldorf, Oberkassel, Altenessen usw. stufen das Krankengeld nach der Zahl der Kinder ab. Sie zahlen z. B. an Ledige die Hälfte des Grundlohnes an Krankengeld, an Verheiratete mit 1 bis 2 Kindern 60 v. H., an solche mit 3 und 4 Kindern 70 v. H. und an solche mit mehr Kindern 75 v. H. Das Hausgeld (bei Unterbringung des Kranken in ein Krankenhaus) wird bei diesen Kassen in gleicher Weise abgestuft. Andere Krankenkassen gewähren feste Zuschläge zum Krankengeld. So zahlen fast alle Groß-Berliner Kassen seit dem 1. April 1918 in den zwei niedrigsten Lohnklassen einen Zuschlag von 25 ₰, in den zwei nächstfolgenden Klassen von 20 ₰ täglich, in den höheren Klassen aber nichts. Ähnliche gleichmäßige Zuschläge bestehen noch in Leipzig, Königsberg usw. Ein sehr zweckmäßiges Verfahren hat die Ortskrankenkasse Halle a. S. eingeführt. Dort wird Versicherten, gleichviel in welchen Lohnstufen sie sich befinden, die verheiratet sind oder einen eigenen Hausstand führen, das Krankengeld um täg-

lich 25 ₰, Verheirateten, die zwei oder mehr Kinder im Alter bis zu 15 Jahren aus ihrem Arbeitsverdienst bisher unterhalten haben, um täglich 50 ₰ erhöht. Die gleichen Zulagen erhalten auch die Wöchnerinnen. Sind auch solche Zulagen gering, so sind sie doch besser wie nichts, und jede Kasse sollte sie einführen. Der weitaus größte Teil namentlich der kleineren Kassen hat sich noch nicht zu solchen Erweiterungen ihrer Fürsorge aufschwingen können. Es ist Aufgabe der Arbeitervertreter in diesen Kassen, mit entsprechenden Anregungen vorzugehen.

Daß für solche Mehrleistungen nötigenfalls die Rücklage in Anspruch genommen werden darf, hatte bereits früher Kleeis hier (1917 S. 5) begründet.

Über die Rückgabe der gebrauchten Arzneigläser erhalten wir folgende Zuschrift:

In der jetzigen schweren Zeit herrscht ein gewisser Mangel an Medizingläsern und soll deshalb damit möglichst sparsam umgegangen werden. Dies veranlaßt viele Kassen, ihren Mitgliedern die Rückgabe der gebrauchten Arzneigläser an die Apothekenbesitzer oder Bezahlung des üblichen Preises zur Pflicht zu machen. Das ist an sich durchaus gerechtfertigt. Aber vor Wiederverwendung von bereits gebrauchten Medizingläsern namentlich zu innerem Gebrauche sollte doch sehr erwogen werden, ob es rätlich und ob es auch ästhetisch ist. Es ist eine bekannte Tatsache, daß die in die Apotheke zurückgebrachten gebrauchten Medizingläser durchaus nicht einwandfrei sind. In den seltensten Fällen wird ein solches Glas einmal gereinigt, und wenn dies auch geschieht, so ist doch noch immer kein Beweis dafür vorhanden, daß dies auch wirklich gründlich erledigt wurde. Der Apotheker muß, um sicher zu sein, entweder nochmals spülen bzw. auskochen lassen oder zurückstellen. Eine Vergütung für diese Arbeit ist nicht vorgesehen, weshalb der vorgeschriebene Abzug von in die Apotheke zurückgebrachten Medizingläsern zwar theoretisch gerechtfertigt aber praktisch nicht ohne weiteres durchführbar sein dürfte. Fälle sind nicht ausgeschlossen, in denen die Patienten Arzneigläser mit Urin gefüllt dem Arzt überbringen und dieses Glas nach flüchtigem Ausspülen in die Apotheke zurückbringen, dabei aber natürlich das Vorangegangene verschweigen. Welcher Patient würde sich nicht entsetzen, wenn er erführe, daß in seinem Arzneiglas einmal etwas „Anderes“ gewesen ist?

Die Zurücknahme von Arzneigläsern zur Wiederverwendung bildet sonach eine recht heikle Frage. Abgesehen von der Übertragung der Krankheitserreger erscheint es geboten, bei Rückgabe der Arzneigläser recht vorsichtig zu verfahren und kann den Kassen daher nur empfohlen werden, in dieser Hinsicht nicht engherzig zu sein. Manche Kassen fassen die fragliche Bestimmung mit Recht dahin auf, daß zurückgebrachte Gefäße bei Wiederholung einer Verordnung jeweils nur von einem und demselben Mitgliede benützt werden dürfen. Nur dadurch könnte eine ordnungsmäßige Verwendung der Arzneigläser wenigstens einigermaßen sichergestellt und eine Schädigung der Kassenmitglieder ebenso wie des Ansehens der Kassen vermieden werden.

Gesunde Ortskrankenkassen.

Unter dieser Überschrift teilt die Nordd. Allg. Ztg. mit: Die Danziger Ortskrankenkasse, welche sich früher in ungünstigen Finanzverhältnissen befand und am Ende des vorletzten Geschäftsjahres noch 177 000 ℳ Schulden hatte, wies am Ende des letzten Geschäftsjahres einen Bestand von 454 000 ℳ auf. Die Abschlußzahlen der Krankenkasse sind nicht uninteressant. Die Zahl der Kassenmitglieder beträgt rund 38 000, wovon ²/₃ weibliche Arbeiter sind. Alle Mitglieder brachten rund 1.5 Millionen ℳ Beiträge auf. Die Leistungen der Kasse geben folgende Zahlen wieder: für Krankenbehandlung an die Ärzte usw. 252 000 ℳ, für Arznei und Heilmittel 156 000 ℳ, für Krankenhauspflege 143 000 ℳ, an Krankengeld 445 000 ℳ, an Wochenhilfe und Kriegswochenhilfe 137 000 ℳ, wovon das Reich 83 000 ℳ zurückerstattete, an Sterbegeld 16 000 ℳ. Mit den Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern sind jetzt Pauschalsätze vereinbart worden, und zwar erhalten die Mitglieder des Ärztevereins für jedes Kassenmitglied 5 ℳ, die Mitglieder des Zahnärztevereins für jedes Kassenmitglied 1 ℳ. Die Ärzte erhielten im letzten Jahre von der Kasse 210 000 ℳ, die Zahnärzte 44 000 ℳ, die Apotheken 153 000 ℳ, die Krankenanstalten 144 000 ℳ. An Verwaltungskosten wurden 175 000 ℳ gebraucht.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Beschlußfähigkeit des Ausschusses einer Ortskrankenkasse.

1. Krankenkasse 100. Frage: Gemäß unserer Satzung ist der Ausschuß beschlußfähig, wenn seine Vertreter ordnungsmäßig geladen sind. Infolge des Krieges hält es schwer, die Mitglieder zusammenzubringen; in der letzten Sitzung erschien nur ein Mitglied. Gleichwohl wurde von diesem die vorhandene Tagesordnung erledigt. Ist dieser Beschluß gültig?

Antwort: Entsprechend dem § 80 Abs. 6 der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen, hat Ihre Satzung allerdings davon abgesehen, für die Beschlußfähigkeit des Ausschusses als Voraussetzung aufzustellen, daß eine bestimmte Mindestzahl von Vertretern erschienen sein muß. Wir meinen aber, daß als selbstverständliche Voraussetzung dabei anzusehen ist, daß überhaupt eine Mehrheit von Vertretern erschienen ist. Dafür spricht schon die Fassung der §§ 81, 82 der Mustersatzung (die wohl wörtlich oder

doch ähnlich in Ihre uns nicht vorliegende Satzung übergegangen sein dürften), wonach der Ausschuß aus seiner Mitte einen Vorsitzenden mit einfacher Stimmenmehrheit wählt und seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit der Anwesenden faßt. Das ist nicht möglich, wenn nur ein Vertreter erschienen ist. Gültige Beschlüsse können daher nicht gefaßt werden, wenn nicht mindestens zwei Vertreter anwesend und über die Gegenstände der Beschlußfassung einig sind.

Lösung des Arbeitsverhältnisses vor Beginn der Arbeitsleistung schließt Begründung des Versicherungsverhältnisses aus.

2. Nach Gräfrath. Antwort: Die Auffassung der Kasse ist unhaltbar und wird namentlich durch die Ausführungen von Hahn im Handb. der KrVers. Anm. 22 zu § 165 RVO. nicht nur nicht gestützt, sondern widerlegt. Denn P. hatte nach seinen Angaben am 12. Dezember zwar bei Kl. in Wald Arbeit gesucht und „zugesprochen" erhalten, das Arbeitsverhältnis aber überhaupt nicht angetreten, weil am nächsten Tage wegen Strommangels nicht gearbeitet werden konnte und weil schon am folgenden Tage die seit längerer Zeit bestehende Entzündung der Hand so schlimm geworden war, daß er nicht mehr arbeiten konnte. Das Beschäftigungsverhältnis — wenn ein solches durch die bloße Zusicherung von Arbeit überhaupt schon begründet gewesen wäre — ist also gelöst worden, ehe P. in die Lage kam, Arbeit zu leisten. Er ist daher nicht Mitglied der Kasse in Wald geworden (zu vgl. das bei Hahn angeführte Urteil des preuß. OVG. in ArbVers. 1909 S. 116) und hat unter den Voraussetzungen des § 214 RVO. Anspruch gegen seine frühere Kasse.

Eintritt der Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. berührt nicht einen bereits entstandenen Anspruch auf Kassenleistung.

3. Nach Jena. Antwort: In dem Zeitpunkt, in welchem die Gewährleistung eines dem § 169 RVO. entsprechenden Anspruchs durch die Stadtgemeinde als Arbeitgeberin wirksam wurde, schied der Angestellte aus der Pflichtversicherung bei der Krankenkasse aus. Hierdurch wurde aber sein Anspruch gegen die Kasse wegen der schon vorher eingetretenen Erkrankung nicht berührt, sondern der Anspruch dauert trotz Erlöschens der Mitgliedschaft für die volle satzungsmäßige Zeit fort (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2f zu § 183 RVO.). Auf § 212 RVO. beruft sich die Kasse zu Unrecht. Diese Vorschrift gilt nur beim Übertritt des Versicherten zu einer anderen Krankenkasse.

Ansteckung im Barbierladen.

4. Nach Unterneubrunn. Antwort: Falls sich in der Tat nachweisen läßt, daß der Versicherte in der Weise, wie Sie es schildern, die Hautkrankheit im Rasierladen beim Rasieren sich zugezogen hat, so würde der Inhaber des Geschäfts der Krankenkasse gemäß § 1542 RVO. ersatzpflichtig sein. Der Gehilfe — oder Lehrling — handelte fahrlässig, wenn er das Messer nicht desinfizierte, nachdem er kurz vorher damit einen Kunden rasiert hatte, der an einer Bartflechte litt. Er selbst würde hierfür dem Versicherten aus unerlaubter Handlung gemäß § 823 ff. BGB. haften. Dagegen haftet der Ladeninhaber dem Kunden nicht nur aus diesen Vorschriften, sondern auch aus dem Vertrage. Daher hat er gemäß § 278 BGB. für das Verschulden seines Angestellten einzustehen und kann sich nicht damit entschuldigen — wie es bei unerlaubter Handlung nach § 831 BGB. zulässig wäre — daß er bei Anstellung des Gehilfen oder des Lehrlings die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet habe. Falls der Barbier sich weigert, Ersatz zu leisten, so bleibt nur übrig, ihn beim ordentlichen Gerichte zu verklagen. In diesem Falle würde es sich empfehlen, die Klage sofort einzuleiten, da der Beweis mit dem Ablauf weiterer Zeit sich erschwert.

Verlängerung der Wahlzeit bei den Kassenorganen.

5. Nach Br. Antwort: Die Verordnungen über Verlängerung der Wahlzeit (zu vgl. Heft 10 S. 200 Ziff. 7) gelten für alle „Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber sowie der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern", also, sofern es sich um Krankenkassen handelt, für alle Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in den Organen der Kasse, d. h. im Vorstand und im Ausschuß. Nur Wahlen innerhalb dieser Organe, also insbesondere die Wahlen der Vorsitzenden des Vorstandes und des Ausschusses, ebenso die Wahlen etwaiger in der Satzung vorgesehenen Kommissionen oder Unterausschüsse, werden von der Verlängerung der Wahlzeit nicht betroffen. Der Vorstand der Kasse ist aber ein selbständiges Organ, obgleich er vom Ausschuß aus seiner Mitte gewählt wird. Seine Mitglieder sind daher Vertreter der Arbeitgeber sowie der Versicherten „bei einem Versicherungsvertreter", nicht etwa ein Unterausschuß innerhalb des Ausschusses. Ihre Wahlzeit ist verlängert bis zum Schlusse des Kalenderjahres, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist (ArbVers. 1917 S. 82). Die Wahlzeit der Vorsitzenden aber endet mit ihrem Hauptamt, wenn die Satzung nichts anderes bestimmt.

Behandlung von Ersatzleistungen im Rechnungsabschluß der Kassen.

6. Nach W. Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei und verweisen auf die Bemerkungen des Kaiserl. Statistischen Amts, ArbVers. 1916 S. 546 (zu vgl. auch ArbVers. 1918 Heft 10 S. 199 Ziff. 5). Wir können weder in diesen Bemerkungen noch in der Bekanntm. vom 9. 10. 13 (ArbVers. 1913 S. 750) einen Anhalt für die Annahme finden, daß hinsichtlich der Behandlung der „Ersatzleistungen" im Rechnungsabschluß ein Unterschied zu machen sei zwischen Beträgen, welche die Kasse auf Grund eigener gesetz- oder satzungsmäßiger Pflicht an Versicherte zahlt und erstattet erhält und zwischen Aufwendungen, welche die Kasse auf Ersuchen anderer Versicherungsträger macht und von ihnen ersetzt bekommt. Daß im ersteren Falle die vollen gezahlten Beträge unter „Krankenhilfe" usw. und anderseits die Erstattungen besonders nachzuweisen sind, trifft nur für das Krankenbuch und für das Einnahme- und Ausgabebuch zu (§§ 10, 16 der Bekanntm.), nicht aber für den Rechnungsabschluß. In diesem sind nach dem Vordrucke nebst Anm. 1 nur die Reineinnahmen und Reinausgaben nach Abzug der Erstattung zu verzeichnen, am Schluß aber die Ersatzleistungen besonders herauszuheben, und zwar ohne jene oben erwähnte, unseres Erachtens unbegründete Unterscheidung.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Kroschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1212 der ganzen Folge.

35. Jahrgang | 21. Juni 1918 | Heft 18

Fortentwickelung der sozialen Versicherung nach dem Kriege.

Von einem Verwaltungsbeamten. *)

Vor einiger Zeit fand ich während einer etwas ruhigeren Arbeitsperiode Gelegenheit, mehrere während des Kriegs erschienene Fachzeitschriften auf dem Gebiete der Sozialversicherung durchzusehen; ihr Inhalt bietet die Gewähr dafür, daß auch während des Kriegs die wissenschaftliche Bearbeitung des oft recht spröden Stoffes nicht aufgehört hat. Erstaunt hat mich dagegen die Tatsache, daß ich nur vereinzelt Aufsätze fand, die sich mit der Frage der Weiterentwickelung der Reichsversicherungsordnung befaßten. Daß solche Anregungen während der ersten Kriegsjahre kaum hervorgetreten sind, ist klar. Auffallend ist aber, daß jetzt, in einer Zeit, in der wir glauben, uns dem Kriegsende und damit der Übergangszeit zu nähern, dahingehende Anregungen nur in verhältnismäßig geringem Umfang an die Öffentlichkeit getreten sind.

Wenn wir die Weiterentwicklung der sozialen Versicherung erörtern, so erhebt sich zunächst die Frage: hat die Reichsversicherungsordnung sich bewährt? Zu einem endgültig abschließenden Urteil über die RVO. können wir noch nicht kommen. Voll und ganz ist dieses Gesetz erst am 1. Januar 1914 in Kraft getreten; seit August 1914 haben wir den Krieg. Immerhin kann man wohl sagen, daß ein Fortschritt gegen den früheren Zustand unverkennbar zu verzeichnen ist; das Nähere hierüber wird im einzelnen noch ausgeführt werden. Das Gute soll jedoch des Besseren Feind nicht sein. Ich persönlich sehe die Reichsversicherungsordnung nur als eine Vorstufe für eine spätere Vereinheitlichung der sozialen Versicherung an. Ich stehe, wie schon früher, auf dem Standpunkt der bekannten Reichstagsrede des Grafen Posadowsky vom 2. März 1905, in der er erklärte: „Wenn wir heute res integra hätten, würde doch kein vernünftiger Mensch, glaube ich, daran denken, eine besondere Organisation der Krankenversicherung, eine besondere Organisation der Unfallversicherung und eine besondere Organisation der Alters- und Invaliditätsversicherung zu schaffen. Unfall, Krankheit und Invalidität sind doch drei, ich möchte sagen, physiologische Zustände, die miteinander in ihren Ursachen und Wirkungen eng zusammenhängen." „Das sogenannte System unserer sozialpolitischen Gesetzgebung ist lediglich ein Ergebnis chronologischer Entwickelung. Würde man heute die sozialpolitische Gesetzgebung neu aufbauen, dann wäre, glaube ich, in diesem Hause auch nicht der geringste Streit darüber, daß eine einheitliche Organisation geschaffen werden müßte." (Sehr richtig! und lebhaftes Bravo auf allen Seiten des Hauses.)

Die Ausführungen sind zutreffend. Diese

*) Der Herr Verfasser selbst bemerkt in seinem an uns gerichteten Übersendungsschreiben, daß sein Aufsatz „Widerspruch erwecken wird und auch soll." Wir beeilen uns, seine Voraussage wahr zu machen und zu erklären, daß wir ihm in wesentlichen Punkten nicht beitreten können. Anderseits aber enthalten seine Ausführungen beachtenswerte Anregungen, die wir glaubten unseren Lesern nicht vorenthalten zu dürfen. (Die Schriftleitung.)

Vereinheitlichung sollte auch nach wie vor als erreichbares Ideal gelten und demgemäß die Reichsversicherungsordnung, wie erwähnt, nur als Vorbereitung, als Vorstufe hierzu aufzufassen sein.

Die Reichsversicherungsordnung brachte in dieser Hinsicht wesentliche Fortschritte; als solche will ich hier zunächst nur den organischen Aufbau der Versicherungsbehörden, der Versicherungs- und Oberversicherungsämter erwähnen, die an die Stelle der früheren unteren und höheren Verwaltungsbehörden, des Invalidenausschusses, der Aufsichtsbehörden und der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung traten; ferner denke ich an die Erweiterung der Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts durch den Fortfall einiger Landesversicherungsämter.

Mit dem organischen Aufbau der Versicherungsbehörden war eine Vereinheitlichung des Verfahrens vor diesen Behörden verbunden; weitere Etappen auf dem Wege der Vereinheitlichung bildeten die weitgehende Annäherung des Kreises der Versicherten im Bereiche der Kranken- und der Invalidenversicherung aneinander und nicht zuletzt die Konzentration in dem inneren Aufbau des Krankenkassenwesens. — Und diese Errungenschaften der RVO. haben sich — daran wird wohl kein Zweifel sein — im wesentlichen bewährt, sowie die Feuerprobe des Krieges gut überstanden. Es gibt wohl nur wenige Kenner der Sozialversicherung, die sich nach den Zeiten vor der Reform zurücksehnen. Hiermit möchte ich allerdings nicht behaupten, daß alles tadellos in der RVO. ausgefallen sei. Die RVO. hat schwere Mängel aufzuweisen; an dieser Stelle will ich nur auf die ungenügende Lösung des Problems der Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden hinweisen, die alsbald nach Kriegsausbruch als kaum durchführbar in die Versenkung gefallen ist und wohl in der seitherigen Form nicht mehr auftauchen wird.

Im Vorstehenden hatte ich die Errichtung der Versicherungsämter als einen Vorzug der Reichsversicherungsordnung erwähnt. Man kann und wird einwenden, daß die Hoffnungen, die an ihre Errichtung geknüpft wurden, nicht sämtlich erfüllt sind; dies gilt insbesondere für diejenigen Fälle, in denen die Versicherungsämter nicht mit besonderen Beamten besetzt worden sind. Der Ruf nach den „Versicherungsamtmännern“ und nach „selbständigen Versicherungsämtern“ wird sich von Neuem erheben. Ich kann in ihn nicht einstimmen. Bei den Zeiten vor dem Kriege handelte es sich um eine Übergangszeit, die zudem zu kurz war, um aus ihr endgültige Schlüsse ziehen zu können; während des Krieges sind aber bei den Behörden, denen die Versicherungsämter eingegliedert sind, die dringenden und wichtigen Aufgaben kriegswirtschaftlicher Natur naturgemäß in den Vordergrund getreten; wenn diesen Aufgaben gegenüber die aus der RVO. — zumal bei dem Personalmangel — vielfach zurückgestellt sein mögen, so ist diese Erscheinung aber nicht auf Friedenszeiten übertragbar. Nach wie vor ist es vielmehr dringend wünschenswert, daß die Bearbeitung der sozialen Versicherung in den Händen der Landratsämter verbleibt, die die wirtschaftlichen Verhältnisse ihres Kreises und ihrer Einwohner besser und zutreffender beurteilen können als dies bei selbständigen Versicherungsämtern, die oft unter einer gewissen Einseitigkeit und unter einem Spezialistentum leiden werden, der Fall sein kann. Der „Tropfen sozialen Öles“, den die Beschäftigung mit der Sozialversicherung mit sich bringt, muß der allgemeinen Staatsverwaltung erhalten bleiben; im übrigen ist auch der Moment der Auswahl von geeigneten und tüchtigen „Versicherungsamtmännern“ nicht zu unterschätzen. Errichtet man selbständige Versicherungsämter, dann besteht allzusehr die Gefahr, daß dorthin, wie auf eine Art Nebengleise der allgemeinen Staatsverwaltung, Verwaltungsbeamte, die man für die allgemeine Staatsverwaltung aus dem einen oder anderen Grunde nicht für voll geeignet hält, versetzt werden. Hierdurch leidet aber die Auswahl; es bildet sich auch unter den Versicherungsamtmännern alsdann

nur zu leicht ein Spezialistentum aus. Eine solche Gefahr besteht auch bei den Oberversicherungsämtern, wiewohl nicht zu verkennen ist, daß daselbst — in der zweiten Instanz — diese Gefahr praktisch eine geringere Bedeutung hat als in der unteren örtlichen Instanz. Zu wünschen wäre aber, daß den Mitgliedern dieser Ämter Richterqualität verliehen würde; auch müßte die innere Verfassung dieser Ämter derjenigen eines Kollegialgerichts — insbesondere auch im Verhältnis der Mitglieder zu dem Direktor — mehr ähneln als dies jetzt der Fall ist. Hierdurch würde — die praktische Bedeutung darf nicht unterschätzt werden — ein starker Anreiz zum Übertritt in diese Stellungen für manchen tüchtigen Verwaltungsbeamten geschaffen werden.

Eine Reihe von Ereignissen und Veränderungen in der Sozialversicherung wird nach dem Krieg sich von selbst ergeben; insbesondere wird die Konzentration der Krankenkassen weitere Fortschritte machen. Schon aus Gründen der Vereinfachung der Verwaltung und der Kostenersparnis werden vielfach die Landkrankenkassen in den allgemeinen Ortskrankenkassen aufgehen; auch manche der noch bestehenden „besonderen Ortskrankenkassen“ werden ihre Sonderexistenz aufgeben. Neuerrichtungen von Betriebs- und Innungskrankenkassen werden seltener als seither vorkommen, so daß schließlich die Stellung der allgemeinen Ortskrankenkasse immer bedeutsamer werden wird. Vor gesetzgeberischem Eingreifen, insbesondere vor einer Aufhebung der Land- und Betriebskrankenkassen möchte ich warnen. Einerseits wird gerade hierdurch ein lebhafter Widerstand sich auslösen, zum andern bringt ein solches Vorgehen die Gefahr einer allzu großen Schablonisierung und Uniformierung mit sich.

Daß den Krankenkassen, insbesondere den allgemeinen Ortskrankenkassen nach dem Kriege schwere Aufgaben bevorstehen, ist sicher. Der Gesundheitszustand mancher Kriegsteilnehmer wird sich vielfach verschlechtert haben und demgemäß eine gern getragene, aber schwere finanzielle Belastung der Krankenkassen mit sich bringen. Diese Belastung wird um so schwerer empfunden werden, als wohl für die Folge mit erhöhten Honorarforderungen der Ärzte zu rechnen ist. Die auf Grund der Bundesratsverordnung vom 22. November 1917 erfolgten Erhöhungen des Grundlohns, die wohl auch späterhin bestehen bleiben, werden meines Erachtens nur einen teilweisen Ausgleich in den finanziellen Lasten bewirken. Weiterhin wird die Wöchnerinnenfürsorge nach dem Kriege wohl im wesentlichen bestehen bleiben. Schließlich kann eine Ausdehnung des Kreises der Versicherten auf die Dauer nicht ausbleiben. Die für die Versicherungspflicht der Angestellten und Beamten gezogene Verdienstgrenze von 2500 ℳ ist in Anbetracht der Steigerung der Kosten aller Lebensbedürfnisse, die nach dem Kriege wohl nicht ohne weiteres verschwinden wird, zu gering gegriffen. Eine Erhöhung dieser Grenze wird zweifellos erfolgen müssen.

Alle diese Ansprüche, die an die Verwaltungstätigkeit und an die Umsicht der Krankenkassen gestellt werden, werden eine fortschreitende Bureaukratisierung des Verwaltungsapparates der Krankenkassen mit sich bringen. Die Stellung der Krankenkassenbeamten wird eine vollkommen beamtengleiche werden; sie werden, wie die Beamten der Landesversicherungsanstalten, den Staats- und Gemeindebeamten schließlich gleichgestellt werden. Die Ansätze der §§ 349 ff. (zu vgl. insb. § 359) RVO. werden zu ihrem Endziel führen. Ich verkenne nicht die Nachteile, die hieraus der Popularität der Krankenkassen in Arbeiterkreisen entstehen werden; ich bin selbst kein Freund der Bureaukratisierung. Aber die Entwicklung hier ist m. E. eine unabwendbare.

Auch auf die Landesversicherungsanstalten wird sich die Wirkung des Krieges erstrecken. Mancher Kriegsteilnehmer wird frühzeitig der Invalidenversicherung zur Last fallen. Die Zahl der Hinterbliebenenrenten ist durch den Krieg ohnehin wesentlich gestiegen; die auf Grund der Bundesrats-

verordnung vom 3. Januar 1918 zu zahlenden Zuschüsse an die Empfänger der Invaliden-, Witwen- und Witwerrenten werden in Anbetracht der herrschenden Teuerung wohl nicht allzu bald in Fortfall kommen, sondern vielleicht meines Erachtens schließlich dauernd bleiben. Im übrigen werden sich die Ansprüche der Kriegsteilnehmer auf Bewilligung von Heilverfahren recht sehr erhöhen.

Bei der Unfallversicherung werden sich die Folgen des Krieges gleichfalls geltend machen. Einige Berufsgenossenschaften sind durch die Schließungen und Stillegungen von Betrieben in ihren finanziellen Verhältnissen äußerst empfindlich betroffen worden, wie z. B. die Textil- und Baugewerksberufsgenossenschaften. Andere Berufsgenossenschaften dagegen haben infolge der Kriegsindustrie und der von ihr gezahlten hohen Löhne günstigere finanzielle Erfolge zu verzeichnen gehabt. Diesen, zum größten Teile nur vorübergehend erhöhten Einnahmen stehen andererseits dauernde Belastungen infolge der Unfälle entgegen, deren Entschädigung infolge der Höhe der gezahlten Jahresarbeitsverdienste dauernd das Budget der in Betracht kommenden Berufsgenossenschaften wesentlich belasten wird, zumal die Bundesratsverordnung vom 11. Februar l. Js. über verstärkte Heranziehung kriegswichtiger Betriebe und über Beitragsvorschüsse meines Erachtens hier nicht ausreicht. Im übrigen wird auch die Frage der Ausdehnung der Unfallversicherung auf die Gewerbekrankheiten erneut in Fluß kommen.

Wie aus Vorstehendem zu entnehmen, wird nach dem Kriege in allen Fällen eine wesentliche finanzielle Mehrbelastung der seitherigen Versicherungsträger eintreten. Seither hat man sich in solchen Fällen mit dem einfachsten Mittel geholfen, nämlich mit der Erhöhung der Beiträge. Ich glaube jedoch kaum, daß die Anwendung dieses Mittels auf die Dauer angängig sein wird. Wir dürfen nicht verkennen, daß die Lasten der sozialen Versicherung schon vor dem Kriege vielfach als recht drückend empfunden wurden. Dies traf namentlich bei denjenigen Industriezweigen zu, die im Konkurrenzkampf mit dem Ausland standen. Ob die anderen Staaten, die ja auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge sämtlich, mehr oder weniger, gegen uns im Rückstande sind, Einrichtungen, die den unserigen gleich- oder nahekommen, einführen werden, ist zunächst zweifelhaft; jedenfalls dürfen wir uns hierauf nicht verlassen. Weiterhin ist nicht außer acht zu lassen, daß auch die wirtschaftlichen Verhältnisse der Arbeitgeber, namentlich insoweit sie dem Mittelstand angehören, sich wesentlich verschlechtern werden. Der Druck der Steuern wird sich fühlbarer denn je machen. Im übrigen dürfen wir nicht verkennen, daß die Aufbringung der Lasten der sozialen Versicherung schon jetzt weiten Kreisen, insbesondere dem gerade während des Krieges schwer geprüften Mittelstande, recht schwer gefallen ist. Ich glaube, wir werden — namentlich unter dem Einfluß des Steuerdrucks des Reichs — suchen müssen, auf anderen Wegen den erforderlichen Ausgleich der Einnahmen und Ausgaben herzustellen.

An erster Stelle steht hier, wenn es auch manchem Versicherungsträger recht schwer fallen mag, die Einführung der altpreußischen Sparsamkeit in der gesamten Verwaltung, eine Beschränkung bei allen nicht notwendigen Ausgaben. Ich denke hier an den Luxus bei manchen Bauten, an eine wesentliche Beschränkung des Besuchs von Kongressen, der im Frieden sich viel zu sehr ausdehnte, der auswärtigen Termine und Besichtigungen u. dgl. m. Hier können wesentliche Ersparnisse erzielt werden. Der Artikel von Swolinzky: „Zur Verwaltungspraxis der Krankenkassen" (ArbVers. 1917 S. 529 ff.) enthält hier eine Reihe von schätzenswerten Anregungen; im übrigen kann auch manche von den Versicherungsträgern geforderte Statistik ohne den geringsten Schaden fortfallen oder wesentlich eingeschränkt werden. Schließlich aber wird die Arbeitskraft aller Beamten in der sozialen Versicherung weit mehr als seither ausge-

nutzt werden müssen. Während des Krieges hat man gesehen, mit wie viel weniger Personal bei Anspannung der Kräfte der Beamten allüberall — nicht nur bei den Versicherungsträgern — ausgekommen wurde; dabei war das neu eingestellte Personal zum größten Teil nicht ausgebildet. Will man aber an das Personal erhöhte Ansprüche stellen, so darf man nicht zu gleicher Zeit an eine Herabsetzung der Gehälter gehen. Das wirtschaftlichste ist es, mit wenigem, aber gutbezahltem Personal zu arbeiten.

Weiterhin wird ein gewisser Ausgleich der finanziell ungünstigen Wirkungen des Kriegs sich anderwärts ergeben. Die Thesaurierungspolitik, namentlich in der Invalidenversicherung, wird eingeschränkt werden müssen; es schadet gar nichts, wenn einmal weniger Rücklagen angesammelt werden. Die Gegenwart hat genug unter den Lasten des Krieges zu leiden; auch die Zukunft darf ruhig daran teilnehmen Der Krieg hat auf dem Gebiet der Kriegsbeschädigtenfürsorge, insbesondere der Wiederanlernung der Versicherten weitgehende Erfolge gebracht. Er hat die Notwendigkeit der rechtzeitigen Einleitung von Heilverfahren und der Beschädigtenfürsorge gezeigt. Ich glaube bestimmt, daß diese Erkenntnis auch von den Versicherungsträgern benutzt werden wird, und daß die ständig anwachsenden Ausgaben für Heilverfahren schließlich eine Herabminderung der Ausgaben an Krankengeld, Unfall- und Invalidenrenten im Gefolge haben werden. Im übrigen wird man, durch die Erfahrungen während des Kriegs belehrt, wohl für die Folge davon Abstand nehmen, für geringere Beschädigungen Unfallrenten zu gewähren; ebenso wird man dazu kommen, die Höhe der seither gewährten Prozentsätze für kleinere Unfallrenten nachzuprüfen. Hiermit hat das Reichsversicherungsamt bereits in seiner bekannten, aber zu Unrecht vielfach angegriffenen Stellungnahme bei der Begutachtung von geringfügigen Fingerverletzungen u. dgl. den Anfang gemacht. Ich denke, man wird auf diesem Wege fortschreiten, während selbstverständlich diese Erwägungen auf solche Arbeiter, die schwerere Schädigungen infolge ihrer Berufsarbeit erlitten haben, keine Anwendung zu finden haben.

Und dann noch eins! In dem Kriege hat es sich gezeigt, daß selbst alte gebrechliche Leute unter dem Zwange der Verhältnisse Arbeiten verrichten konnten, deren Leistung sie früher selbst nicht für möglich gehalten hätten. Ich glaube, es wird für die Zeit nach dem Frieden unter dem Druck der kommenden schweren wirtschaftlichen Verhältnisse mehr als je der Ausspruch des alten Kaisers Wilhelm zu gelten haben „Ich habe keine Zeit, müde zu sein". Und man wird demgemäß bei Prüfung der Invalidisierungsanträge und auch bei Bewilligung manchen Krankengeldes einen etwas schärferen Maßstab anlegen können und müssen als seither. Der Kampf gegen das gemeinschädlich wirkende Simulantentum wird gleichfalls schärfere Formen anzunehmen haben.

Weiterhin wird aber zur Vereinfachung der Verwaltung eine Revision der Reichsversicherungsordnung selbst unausbleiblich sein. Wir haben in ihr ein Gesetzeswerk von 1805 Paragraphen, dessen Ausführung allmählich zu einem Spezialstudium wird. Es ist dringend erforderlich, daß dieses Gesetzeswerk einer gründlichen Prüfung daraufhin unterzogen wird, ob und welche Vereinfachungen gesetzestechnischer Natur vorgenommen werden können, damit hierdurch die Verwaltungslast der Behörden gemindert wird. Die allzu große Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit der Reichsversicherungsordnung erschwert ihre Popularisierung und nötigt die Versicherungsträger zu unnötigem Verwaltungsaufwand. In dem „Verfahren" lassen sich jedenfalls wesentliche Vereinfachungen anbringen; das Reichsversicherungsamt wird auch in der Unfallversicherung Revisionsinstanz werden müssen; einen Grund zur Beibehaltung der Landesversicherungsämter vermag ich nicht einzusehen.

Bei alledem — und ich komme zum Schluß — drängt sich wieder der Gedanke auf nach einer Verschmelzung der Versicherungszweige, wie sie Graf Posadowsky bei seiner

im Eingang wiedergegebenen Erklärung im Auge hatte. Ich glaube, daß der Wunsch und die Sehnsucht nach einer solchen Reform unter dem Zwang der wirtschaftlichen Lage, unter dem Druck, Ersparnisse machen zu müssen, erneut aufleben und an Stärke ständig gewinnen wird. Angesichts des voraussichtlichen Widerstandes der Berufsgenossenschaften glaube ich jedoch, daß zunächst die Verschmelzung nur sich auf Vereinheitlichung der Invaliden- und Krankenversicherung, wie sie seinerzeit der Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt Berlin Dr. Freund im Auge hatte, erstrecken wird. Die dahingehenden Vorschläge sind zwar seinerzeit infolge des Widerstandes der Arbeitnehmer, die ihren überwiegenden Einfluß in den Krankenkassen nicht vermissen wollten, gefallen. Wir dürfen jedoch nicht außer acht lassen, daß das Interesse der Arbeitnehmer an diesem Einfluß in den allgemeinen Ortskrankenkassen in dem Grade zurückgehen wird, in dem die Geschäftsführung in den Ortskrankenkassen von dem „Ausschuß" auf die Angestellten der Ortskrankenkasse, insbesondere auf den Geschäftsführer, übergehen wird und je mehr diese Angestellten zu „Beamten" werden. Ich kann es den Arbeitnehmern nicht verdenken, daß sie ihre Rechte an der Selbstverwaltung in den Krankenkassen nicht gern aufgeben möchten und sich darauf berufen, daß ihre Mitwirkung in den Versicherungsanstalten fast ausgeschaltet sei. Das Mittel hiergegen ist gegeben. Man räume den Arbeitnehmern und Arbeitgebern mehr Rechte bei der Verwaltung der Landesversicherungsanstalten ein, bei denen der Ausschuß mitunter eine ähnliche Rolle spielt wie die Generalversammlungen bei einer Aktiengesellschaft. Auf diese Weise hoffe ich, daß die Schäden des Krieges für die soziale Versicherung ohne allzu heftige Erschütterungen überwunden werden und daß wir schließlich doch noch zu einer Vereinheitlichung der sozialen Versicherung kommen werden, der sich auf de Dauer auch die Berufsgenossenschaften nicht entziehen können. Auf die Dauer wird — dies hoffe und glaube ich — die Vereinheitlichung nicht mehr aufgehalten werden können. Dies gilt selbstverständlich auch für die Angestelltenversicherung, deren Sonderorganisation möglichst bald aufzuheben und deren Geschäfte den Landesversicherungsanstalten zuzuweisen wäre.

Zur Füllung der Rücklage bei Krankenkassen.

(Nachtrag.)

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Aus Anlaß meiner Ausführungen im Heft 7 S. 121 ff., hat in einer Zuschrift an mich Herr Revisor Schreg vom Württ. Krankenkassenverbande in Stuttgart, sich als Verfasser des von mir erwähnten Rundschreibens bekannt. Er erkennt die Wichtigkeit meiner Ausführungen für die Krankenkassen an, erhebt aber in einem Punkt einen Einwand und in einem anderen einen Zweifel mit der Bitte, mich darüber in der ArbVers. zu äußern. Er führt aus:

Daraus, daß in dem Muster 2 zur Bekanntmachung vom 9. Oktober 1913 von Zu- und Abgang im Geschäftsjahr die Rede sei, folge nicht, daß bei der Berechnung der Rücklage der Zugang und der Abgang ersichtlich sein müsse. Wenn zugegeben werde, daß Zu- und Abgang bei der Rücklage sich nicht nach der Anlegung und Abhebung bestimmter Kapitalien, sondern nach der Zu- oder Abnahme des Kassenvermögens überhaupt bestimmen, so werde es schwer sein, Zu- und Abgang an der Rücklage zu berechnen. Z. B.: Eine Kasse hatte im Geschäftsjahr eine Vermögenszunahme von 5000 M; der Sollzuschlag zur Rücklage betrage 4000 M; Kapitalanlage 10 000 M und Kapitalrückzahlung ebensoviel. Oder: Eine Kasse hatte 2000 M Vermögenszunahme; Sollzugang nach § 364 RVO. 4000 M, Kapitalanlage 4000 M, Rückzahlungen 7000 M. Was sei in solchen Fällen als Zugang und was als Abgang zu betrachten? Es könne leicht sich am Jahresschluß eine Vermögenszunahme ergeben, obwohl die Abhebungen an Kapital die Anlagen übersteigen; wenn nämlich die Beiträge reichlicher, als im Voranschlag angenommen, angefallen seien. Solange ein

Vermögenszugang da sei, könne es keinen Abgang an der Rücklage geben; dies sei der springende Punkt. Was sei überhaupt als Abgang an der Rücklage zu betrachten, wenn doch Kapitalsabhebungen nur eine Veränderung des Geldvermögens innerhalb des Geschäftsjahrs, nicht auch notwendigerweise eine Abnahme der Rücklage bedeute? Am Schlusse des Geschäftsjahrs könne ein Abgang an der Rücklage nur in Frage kommen, wenn das Geldvermögen unter den Betrag der Rücklage heruntersinke. So ergebe sich — nach zwei im Rundschreiben angeführten Beispielen — bei einer Vermögensabnahme von 5000 *M* und einem Geldvermögensbestande von 52 000 *M* gegenüber einer Rücklage von 50 000 *M* als Abgang an der Rücklage: 3000 *M*; oder bei einer Vermögensabnahme von 5000 *M* und einem Bestande von 50 000 *M* gegenüber einer Rücklage von 50 000 *M* als Abgang an der Rücklage 5000 *M*.

Diese Beispiele treffen zu, sofern es sich nur darum handelte, lediglich das Ergebnis für den Schluß des Geschäftsjahrs, zum Vergleiche mit dem aus der Jahresausgabe der drei letzten Jahre zu ermittelnden Mindestsollbetrage der Rücklage, festzustellen — wie dies unter Ziffer III des Musters 2 für die Vermögensnachweisung vorgesehen ist. Aber hiermit ist der durch das Muster gegebenen Anweisung, die doch eine inhaltliche Ergänzung der Bestimmungen des Bundesrats (§§ 25, 26 der Bek.) darstellt und daher die gleiche zwingende Bedeutung wie diese beansprucht, nicht genügt. In nicht mißzuverstehender Weise ist an derselben Stelle des Musters von der „Bewegung" und Nachprüfung der Rücklage die Rede und ausdrücklich vorgesehen, wie der Bestand der Rücklage „am Schlusse" des Geschäftsjahrs zu ermitteln ist, nämlich so, daß dem Bestand am Schlusse des Vorjahres der Zugang „im" Geschäftsjahr hinzugerechnet und von der Summe wiederum der Abgang „im" Geschäftsjahr abgezogen wird. Danach kann ich nicht verstehen, wie geleugnet werden kann, daß bei der Berechnung der Rücklage der Zugang „und" der Abgang ersichtlich gemacht werden muß. Wenn weiter als der springende Punkt bezeichnet wird, daß es keinen Abgang von der Rücklage geben könne, solange ein Vermögenszugang da sei, so trifft das gleichfalls nur für den Bestand am Schlusse des Jahres zu. Im Laufe des Geschäftsjahrs aber können Vermögenszugänge und -abgänge vorkommen, die an die Rücklage rühren und sich — ganz oder teilweise — als Zu- oder Abgänge bei diesem besonderen Vermögensteile der Kasse darstellen. Fälle solchen Zugangs zur Rücklage im Laufe des Geschäftsjahrs habe ich bereits früher (S. 123 unter 3) erwähnt. Daß in entsprechender Weise auch ein Abgang von der Rücklage schon im Laufe des Geschäftsjahrs tatsächlich eintreten und festgestellt werden kann, kann man nur bestreiten, wenn man sich den Begriff der Rücklage (bei Krankenkassen) nicht gegenwärtig hält. Sie ist ein über den ordentlichen Bedarf hinausreichender, zur Bestreitung außerordentlichen Bedarfs bereit zu haltender Teil des Kassenvermögens, der nicht besonders angelegt, sondern nur rechnungsmäßig besonders nachgewiesen werden muß. Daher liegt ein Abgang von der Rücklage dann vor, sobald das sonstige Vermögen zur Bestreitung der laufenden, im Voranschlag vorgesehenen oder der sonst notwendig werdenden Ausgaben (zu vgl. § 95 der Mustersatzung für allg. Ortskrankenkassen) nicht zureicht und der Fehlbetrag durch tatsächliches Zugreifen auf den als Rücklage geführten Teil des Kassenvermögens gedeckt wird. Ein solcher Zugriff wird nicht in allen Fällen notwendig sein. Wenn z. B. erwartet werden kann, daß der Fehlbetrag in naher Zeit durch die laufenden Einnahmen ausgeglichen werden wird, so wird eine verständige Kassenverwaltung es vielleicht vorziehen, vorläufig durch Aufnahme eines Darlehns abzuhelfen, um nicht Anlagepapiere zur Unzeit in Geld umsetzen zu müssen. Aber der Fall kann auch so liegen, daß dieser Weg nicht gangbar erscheint. Man denke z. B. an eine sehr erhebliche Beraubung der Kasse oder an den Fall, daß der Fehlbetrag auf eine offenbar unrichtige Schätzung der Einnahmen und Ausgaben im Voranschlag zurückzuführen ist und daß von einer Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Kassenleistungen (§§ 387 ff. RVO.) wohl die Herstellung der Leistungsfähigkeit für die Zukunft, nicht aber auch die Deckung des bereits entstandenen Fehlbetrages an dem für die ordentlichen

Ausgaben erforderlichen Bestande erwartet werden kann. Sobald und soweit in solchen oder ähnlichen Fällen der Kassenvorstand sich entschließt, den — sei es besonders angelegten oder auch nur buchmäßig besonders nachgewiesenen — Teil des Kassenvermögens, der für außerordentlichen Bedarf bestimmt ist, anzugreifen, hat die Kasse im Laufe des Geschäftsjahrs einen Abgang von der Rücklage zu verzeichnen, der als solcher auch in der Buchführung und entsprechend auch in der „Vermögensnachweisung" nach dem Muster 2 unter Ziffer III als „Abgang im Geschäftsjahr" zur Erscheinung kommen muß.

Herr Schreg erhebt dann noch Zweifel gegen meine Bemerkung, daß es eines Vorstandsbeschlusses auch dann bedürfe, wenn der Rücklage nur der im § 364 RVO. vorgeschriebene Mindestbetrag von $1/20$ des Jahresbetrags der Kassenbeiträge zugeführt werden soll. Diese Vorschrift sei doch zwingender Natur. Der Mindestbetrag müsse also der Rücklage zugeführt werden, wenn dies möglich sei. Sei dies aber nicht möglich, so werde eben nur der geringere mögliche Betrag zugeführt werden, und hieran dürfte auch ein Vorstandsbeschluß nichts ändern.

Diese Ausführung wäre begründet, wenn die Feststellung, ob es „möglich" ist, den vorgeschriebenen Mindestbetrag oder einen höheren Betrag (und welchen) oder aber nur einen geringeren Betrag (und welchen) der Rücklage zuzuführen, mit mathematischer Sicherheit getroffen werden könnte. Dies ist aber nicht der Fall. Denn in erster Reihe ist für den ordentlichen Bedarf zur Bestreitung der laufenden Ausgaben zu sorgen, und erst hiernach kann ermessen werden, ob der im § 364 vorgeschriebene Mindestbetrag oder mehr oder weniger als dieser für die Rücklage verwendbar bleibt. Wieviel aber zur Bestreitung jenes ordentlichen Bedarfs bereit zu halten ist, läßt sich immer nur ungefähr schätzen, und dabei können Erwägungen und Entschließungen mit in Betracht kommen, die dem freien Verwaltungsermessen des Vorstandes vorzubehalten sind. Er kann z. B. Ursache haben, aus irgendwelchen Gründen gerade für die nächste Zeit mit größeren Kassenleistungen oder geringeren Beitragseingängen zu rechnen, oder er kann die Notwendigkeit der Anschaffung von Gebrauchsgegenständen in größerem Umfange oder die Gewährung von Teuerungszulagen an die Angestellten usw. ins Auge fassen. Von solchen Erwägungen und Entschließungen kann, trotz der zwingenden Vorschrift im § 364, die Frage, ob $1/20$ des Jahresbetrags der Kassenbeiträge oder nur ein geringerer Betrag oder überhaupt irgendein Betrag für die Rücklage frei ist, abhängig sein. Deshalb ist mit dieser Frage in allen Fällen der Vorstand zu befassen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Krankenhauseinweisung zur Beobachtung.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts (2. Sen.) vom 12. März 1918.

Die Klägerin, die einen eigenen Haushalt nicht führt, sondern in dem ihrer Mutter lebt, erkrankte am 12. Mai 1917 nach der Bescheinigung des behandelnden Arztes Dr. K. an Herzleiden und wurde von ihm als arbeitsunfähig bezeichnet. Am 25. Mai 1917 wurde sie von der Kontrollkommission erneut untersucht, ihre weitere Arbeitsunfähigkeit wurde auf noch 10 Tage geschätzt, würde also am 5. Juni ihr Ende erreicht haben. Am 11. Juni 1917 nahm sie die Arbeit wieder auf, legte sie aber bereits am nächsten Tage nieder, weil sie sich ihr angeblich nicht gewachsen fühlte. Dr. K. erklärte sie erneut für arbeitsunfähig, die Diagnose wurde diesmal auf Gelenkrheumatismus gestellt. Durch Schreiben ihrer Krankenkasse vom 13. Juni 1917 wurde die Klägerin aufgefordert, sich zwecks Untersuchung, Beobachtung, event. weiteren Behandlung am 14. Juni 1917 in das Städtische Krankenhaus zu begeben. Für den Fall des Ungehorsams wurde ihr der Verlust jedweden Anspruchs an die Kasse angedroht. Die Klägerin leistete der Aufforderung keine Folge. Die beklagte Kasse gewährte ihr das Krankengeld bis zum 5. Juni 1917, für die Folgezeit dagegen lediglich Krankenpflege. Die Klägerin erhob nunmehr Klage auf Gewährung der satzungsmäßigen Krankenhilfe über den 5. Juni hinaus und das Versicherungsamt entsprach diesem Verlangen.

Auf Berufung der Kasse bestätigte das Oberversicherungsamt die Entscheidung des Versicherungsamts hinsichtlich der Krankenhilfe für die Zeit vom 6. bis 13. Juni 1917; im übrigen aber wurde die Entscheidung aufgehoben und die vom Kassenvorstand verfügte Krankenhauseinweisung der Klägerin als zu Recht bestehend anerkannt. Die hiergegen von der Klägerin eingelegte Revision hat das Reichsversicherungsamt zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Was zunächst die Frage der Zulässigkeit der Revision anlangt, so war sie zu bejahen. Die Klägerin behauptet, vom 12. Mai bis mindestens zum 23. Juli 1917 arbeitsunfähig gewesen zu sein, also während eines Zeitraums von mehr als acht Wochen. Allerdings ist sie für die Zeit bis zum 13. Juni 1917 klaglos gestellt, da das Urteil des Versicherungsamts insoweit rechtskräftig geworden ist; es kommt aber nicht auf die Länge der Zeit an, auf die sich die in Streit befangenen Ansprüche beziehen, sondern der Zeit, während welcher Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (Revisionsentsch. 1966, Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 368).

In sachlicher Beziehung kann die Annahme des Oberversicherungsamts, daß die Kasse befugt gewesen sei, die Klägerin ohne ihre Zustimmung in das Krankenhaus einzuweisen, nicht beanstandet werden, denn diese Maßnahme findet in § 184 Abs. 3 Nr. 4 RVO. eine ausreichende Stütze. Hiernach bedarf es zur Unterbringung eines Versicherten im Krankenhause seiner Zustimmung nicht, wenn sein Zustand oder sein Verhalten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert. Diese Vorschrift darf im Interesse sowohl der Versicherten wie der Kasse nicht zu eng ausgelegt werden (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. § 184 Anm. 5c). Sie ist insbesondere auch dann anzuwenden, wenn, wie hier, Zweifel über die Natur der Krankheit und über den Grad der durch sie bedingten Behinderung der Arbeitsfähigkeit bestehen, deren Behebung möglicherweise nur durch eine ärztliche Beobachtung möglich ist. Vorliegend hatte der behandelnde Arzt die Krankheit zunächst als Herzleiden, dann als Rheumatismus bezeichnet und im Gegensatz zu der ärztlichen Kontrollkommission die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit über den 5. Juni 1917 hinaus angenommen. Unter diesen Umständen hatte die Kasse — wie übrigens auch die Klägerin selbst — ein begründetes Interesse an der sicheren Feststellung, um was für ein Leiden es sich handle, weil sich danach die zu wählende Art der Behandlung richten mußte. Die Kasse konnte daher mit Recht annehmen, daß der Zustand der Klägerin ihre fortgesetzte Beobachtung erfordere, und ihre Einweisung in das Krankenhaus ohne vorherige Einholung ihrer Zustimmung vornehmen. Einer Darlegung der Gründe der Einweisung in der an die Klägerin gerichteten Aufforderung bedurfte es, wie das Oberversicherungsamt mit Recht annimmt, nicht, da eine dahingehende gesetzliche Vorschrift nicht besteht. Auf die Folgen eines etwaigen Ungehorsams ist die Klägerin hingewiesen worden. Ihre Einweisung ist somit sowohl in sachlicher wie formeller Beziehung nicht zu beanstanden. Die Klägerin mußte ihr Folge leisten, und da sie das nicht getan hat, muß sie die Folgen ihrer unbegründeten Weigerung tragen.

Anmerkung: Die Klägerin hatte in der Revisionsinstanz geltend gemacht, daß die Einweisung ins Krankenhaus ein „Willkürakt" gewesen sei, da keiner der Gründe des § 184 Abs. 3 RVO. vorgelegen habe. Sie war aber von der Kasse aufgefordert worden, sich „zwecks Untersuchung, Beobachtung, event. weiteren Behandlung" in das Krankenhaus zu begeben. Damit war der Zweck der Einweisung und zugleich der gesetzliche Grund, auf dem sie beruhte (§ 184 Abs. 3 Ziff. 4 RVO.) hinreichend gekennzeichnet. Das war, auch ohne eine dahingehende ausdrückliche Gesetzesvorschrift, erforderlich, weil der Versicherten, der im Falle der Nichtbefolgung der Aufforderung ein Rechtsverlust drohte, selbstverständlich die Möglichkeit gegeben werden mußte, die Gesetzlichkeit der Aufforderung zu prüfen und etwaige Gegengründe geltend zu machen (zu vgl. Entsch. des bayer. und des bad. Verw. Ger. H. in ArbVers. 1909 S. 678, Reger 29 S. 216, 30 S. 442; zu vgl. auch Handb. der UnfVers. Bd. 1 S. 307). Wir nehmen an, daß das Reichsversicherungsamt hiervon nicht abweichen wollte, wenn es in der vorstehenden Entscheidung bemerkte, daß es einer „Darlegung" der Gründe nicht bedurfte. Damit ist wohl nur gemeint, daß es weder einer näheren Bezeichnung der Tatsachen noch einer ausdrücklichen Anführung der Gesetzesvorschrift, auf die sich die Einweisung gründete, bedurfte, wenn nur sonst ihr Inhalt einen der gesetzlichen Gründe erkennen ließ. Nur so verstanden, ist jene Bemerkung des Urteils richtig.

Unzulässige Verbindung von Streitsachen über Kassenleistungen mit Streitsachen über Ersatzansprüche.

Rev. Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts vom 6. Oktober 1917.

Eine Kellnerin beantragte beim Versicherungsamt, die zuständige Krankenkasse zur Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen an Krankenhilfe zu verurteilen. Als zuständig kamen zwei Kassen in Frage; beide lehnten den Anspruch der Klägerin ab. Die eine von ihnen hatte aber bereits auf Ersuchen der anderen ärztliche Behandlung und Heilmittel gewährt und verlangte von dieser anderen Kasse Ersatz. Das Versicherungsamt und — auf Berufung — das Oberversicherungsamt verurteilten in einem und demselben Verfahren die ersuchende Kasse sowohl zum Ersatz an die ersuchte als auch zur Zahlung von Krankengeld an die Klägerin. Auf Revision der verurteilten Kasse hob das Landesversicherungsamt die Entscheidungen der Vorinstanzen auf und wies die Sache an das Versicherungsamt zurück aus folgenden Gründen:

Die Revision ist zulässig. Die Zulässigkeit hinsichtlich des Anspruchs der Anna S. ergibt sich aus § 1695 Nr. 2 RVO. Soweit der erhobene Ersatzanspruch in Betracht kommt, ist an sich die Revision

nach §§ 1771, 1778 RVO. ausgeschlossen, weil es sich um eine vorübergehende Leistung handelt und zwar um eine solche, die im Zweiten — nicht im Fünften — Buche der Reichsversicherungsordnung (§ 224 Ziff. 2) geordnet ist (Entsch. u. Mitt. d. RVA. Bd. 6 S. 426). Da jedoch das Rechtsmittel im übrigen zulässig ist, wäre gleichwohl nach § 1707 a. a. O. auch über den gegen die Beschwerdeführerin erhobenen Ersatzanspruch zu entscheiden.

Die Entscheidungen der Vorinstanzen können nicht aufrecht erhalten werden.

Unzulässig ist die Behandlung des Ersatzanspruchs zwischen den Kassen und des Leistungsanspruchs der S. aus der Krankenversicherung in einem Verfahren. Die beiden Streitigkeiten verfolgen verschiedene Ziele. Auch ist die gleichzeitige Behandlung zweckwidrig. Die Feststellung der Leistungen aus der Krankenversicherung muß nach § 1545 Abs. 2 RVO. entsprechend der Bestimmung des Verfahrens, einem Bedürftigen rasch Krankenhilfe zu verschaffen, beschleunigt werden, während die Erledigung eines Ersatzstreits zwischen Kassen weniger dringlich ist. Bei verbundener Behandlung erleidet aber die Feststellung der Leistung aus der Krankenversicherung eine Verzögerung. Die Versicherungsbehörden sind mithin durch die Verbindung der Behandlung gehindert, der Vorschrift des § 1545 Abs. 2 nachzukommen. Kraft dieser Bestimmung und gemäß der Natur der Sache hat die Feststellung der Leistungen dem Ersatzstreit vorauszugehen. Die Entscheidung darüber, ob die Ersatz fordernde Kasse die Leistung an einen Versicherten zu Unrecht gewährt hat und welche Kasse ihr dafür aufzukommen hat, ist vom Ausgang der von dem Versicherten erhobenen Klage abhängig. Durch die Voranstellung des Feststellungsverfahrens wird die Durchführung des Ersatzstreites häufig überflüssig gemacht und die Aufgabe der Versicherungsbehörden erleichtert. Wenn dem unterstützten Kranken gegenüber rechtskräftig festgestellt ist, welche Kasse leistungspflichtig ist, so wird in den meisten Fällen eine Entscheidung der Versicherungsbehörden nach § 224 Nr. 2 nicht mehr nötig sein, da über die Vorfrage Klarheit geschaffen ist. Sollte die zur Leistung an den Versicherten verurteilte Kasse trotzdem ihre Ersatzpflicht bestreiten, so wird die Entscheidung darüber durch die Heranziehung des Ergebnisses im Feststellungsverfahren ohne weiteres getroffen werden können. Die Entscheidung im Feststellungsverfahren gibt auch in einem Falle wie in dem vorliegenden darüber Maß, ob die Kasse, die auf ein Erfordern nach § 219 RVO. Krankenpflege gewährt hat, den Ersatz ihrer Auslagen oder drei Achtel des Grundlohns des Unterstützten beanspruchen kann. Denn wenn sie von einer Kasse ersucht worden ist, die sich irrtümlich für verpflichtet gehalten hat, und wenn sich im Feststellungsverfahren herausstellt, daß der Kranke überhaupt keiner Kasse angehörte, so wird sie von der Kasse, die sie um ihr Eintreten ersucht hat, nach den Grundsätzen des Antrags jedenfalls nur den Ersatz ihrer Aufwendungen begehren können.

Ein Bedürfnis dafür, daß die Kasse, die die Leistungen gewährt hat, einen eigenen Streit mit der Kasse führt, die sie als verpflichtet erachtet, besteht keineswegs. Wird sie nicht von Amts wegen zu dem Feststellungsverfahren zugezogen, so kann sie das Interesse, das sie an dem Ausgange des Verfahrens hat, nach § 23 der Versicherungsamtsordnung und § 18 der Oberversicherungsamtsordnung dadurch wahren, daß sie entweder ihre Zuziehung zu dem Verfahren beantragt oder dem Verfahren beitritt.

Prozeßrechtlich führt auch die gemeinsame Behandlung des Leistungsanspruchs und des Ersatzanspruchs zu großen Unebenheiten. Zuständigkeit und Verfahren stimmen nicht überein. Schwierig ist besonders auch die Rechtsmittelbelehrung. Ferner wird die Absicht des Gesetzgebers, bei dem im § 224 Nr. 2 RVO. geregelten Ersatzanspruch die Revision auszuschließen, in Fällen wie der vorliegende vereitelt, wenn man die Durchführung der Feststellung der Leistungen und des Ersatzstreits in einem Verfahren zuläßt. Schließlich wäre die Zulässigkeit der Revision in solchen Fällen von dem Zufall abhängig, daß die Revisionsklägerin wegen des Ersatzanspruchs und des Leistungsanspruchs verurteilt worden ist, denn nur dann würde es sich bei der Revision um das Rechtsmittel einer Partei handeln (§ 1707 RVO.). Die auf diese Weise geschaffene Möglichkeit, Ersatzstreitigkeiten des § 224 im Revisionsverfahren zu erörtern, ist aber mit den ausdrücklichen, gegenteiligen Bestimmungen des § 1778 um so weniger zu vereinen, als für die Zulässigkeit der Revision auch der Zufall mitbestimmend wäre.

Aus diesen Gründen ist der Senat der Ansicht, daß Feststellungsverfahren und Ersatzstreit aus § 224 RVO. nur getrennt durchgeführt werden dürfen. Anscheinend aus Erwägungen ähnlicher Art hat das RVA. in einem Erkenntnisse vom 9. Juni 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 562 Ziff. 2363) die Entscheidung eines Versicherungsamts aufgehoben, weil gleichzeitig über die Kranken- und die Invalidenversicherungspflicht entschieden worden war.

Das Verfahren der Vorinstanzen war sohin nicht ordnungsgemäß. Der Mangel ist wesentlich, weil das öffentliche Interesse die Einhaltung des richtigen Prozeßgangs erheischt. Da der Mangel dem ganzen bisherigen Verfahren anhaftet, war sowohl die Entscheidung der Spruchkammer als auch das Urteil des Versicherungsamts aufzuheben und die Sache an das Versicherungsamt zurückzuverweisen.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung“ 1918 S. 59 ff.)

Nr. 270. Ein Waldhüter in Baden, dem unter der Anweisung und Aufsicht des Forstamts in dem ihm unterstellten Bezirk neben der Forstpolizei die Bewirtschaftung der Waldungen (Holzhauerei, Holzaufnahmen, Kulturbetrieb) obliegt, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 271. Der Assistent eines einer Hochschule angegliederten Instituts, der eine wissenschaftliche Tätigkeit ausübt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn er an bestimmte Dienststunden gebunden ist und bestimmte, ihm zugewiesene Arbeiten zu erledigen hat.

Nr. 272. Fahrkartenausgeberinnen einer Hoch- und Untergrundbahn, welche an den Schaltern der Haltestellen Fahrkarten verkaufen und über die verkauften Fahrkarten täglich und monatlich nach Vordrucken abrechnen sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Abzug von Beitragsteilen bei der Gehaltszahlung (§§ 178, 179 AngestVersGes.).

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 16. September 1916 (B. 2884/14).

N. K. ist seit dem 1. Juli 1912 Geschäftsführer des Marmor- und Metallwerks H. G. m. b. H. zu H. gewesen. Über die Arbeitgeberin wurde am 2. Juli 1913 Konkurs eröffnet und der Rechtsanwalt Dr. jur. K. in W. zum Konkursverwalter bestellt. Von diesem wurde der Angestellte weiter in gleicher Stellung für die Konkursmasse beschäftigt, und zwar bis zum 30. September 1913 einschließlich gegen ein Jahresgehalt von 4000 *M*. Das Gehalt in der Zeit von der Konkurseröffnung ab wurde dem Angestellten in folgenden Beträgen gezahlt:

200 *M* am 29. September 1913,
300 *M* am 7. Oktober 1913 und
500 *M* am 27. Oktober 1913,

wobei ein Abzug für Versicherungsbeiträge seitens des Konkursverwalters nicht gemacht worden ist. Am 12. März 1914 wurde an den Angestellten eine letzte Zahlung von 143,72 *M* durch den Konkursverwalter geleistet, die eine Vergleichssumme darstellte, in der 83,33 *M* Restgehaltsforderung für den Monat Juni 1913 berücksichtigt waren. Hierbei wurde seitens des Konkursverwalters auf die Forderung des Angestellten ein Abzug gemacht in Höhe von 90 *M* auf die dem Angestellten zur Last fallenden Versicherungsbeitragshälften für die Angestelltenversicherung, betreffend die Zeit vom 1. Januar bis zum 30. September 1913. — Der Angestellte macht geltend, daß dieser Abzug von 90 *M* zu Unrecht erfolgt sei.

Unzweifelhaft und nicht bestritten befand sich der Angestellte bei dem Marmor- und Metallwerk H. G. m. b. H. bis zum 2. Juli 1913 und auch nach der Konkurseröffnung bis zum 30. September 1913 in nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte (§ 1 Abs. 1 Nr. 1) versicherungspflichtigen Stellung. Da sein Jahresgehalt 4000 *M* betrug, war er versicherungspflichtig nach Klasse H, und betrug demnach der monatlich für ihn zu entrichtende Beitrag 20 *M* (§§ 16, 172 des AngestVersGes.). Für die Zeit vom 1. Januar bis 30. September 1913 waren daher seitens des Arbeitgebers für ihn 9×20=180 *M* zu zahlen (§ 176 des AngestVersGes.). Der Arbeitgeber hat diese Zahlungen unterlassen und bei der am 12. März 1914 erfolgenden Restgehaltszahlung an den Angestellten, die den Monat Juni 1913 betraf, die gesamten auf den Angestellten fallenden Versicherungsbeiträge für die Zeit vom 1. Januar 1913 bis zum 30. September 1913 in Höhe von 90 *M* abgezogen. Hierzu war er in dieser Höhe nicht berechtigt. Gemäß §§ 178, 179 des AngestVersGes. darf der Arbeitgeber bei der Gehaltszahlung die Hälfte der Beiträge vom Gehalt abziehen und, falls Abzüge bei einer Gehaltszahlung unterblieben sind, solche bei der nächsten nachholen, und zwar sind die Abzüge auf die Gehaltszeiten gleichmäßig zu verteilen (§ 178 Abs. 2 des AngestVersGes.). Demgemäß stand dem Arbeitgeber bei der Zahlung am 12. März 1914 zwar das Recht zu, für den Monat Juni 1913, auf den sich diese Gehaltszahlung bezog, gemäß § 178 a. a. O. einen Gehaltsabzug zu machen. Hierbei ist davon auszugehen, daß grundsätzlich der Abzug stets bei der Gehaltszahlung geschehen darf. Das Gesetz nimmt keine Rücksicht auf die Ausnahmefälle, in denen der Arbeitgeber mit der Gehaltszahlung säumig ist, und der Angestellte infolgedessen nach bürgerlichem Recht seinen Gehaltszahlungsanspruch schon früher hätte verwirklichen können, vielmehr gibt das Versicherungsgesetz für Angestellte dem Arbeitgeber das Recht zum Abzuge der Beitragshälften ohne Rücksicht auf die Fälligkeit des Entgelts in der Weise, daß er bei der tatsächlichen Gehaltszahlung in jedem Falle die entsprechende Kürzung vornehmen darf. Daher war auch hier bei der erst im März 1914 erfolgten verspäteten Gehaltszahlung für Juni 1913 der Abzug an sich noch zulässig. Da es sich aber bei dieser Zahlung nur um einen Teil des Gehalts für Juni 1913, nämlich um 83,33 *M*, d. h. ¼ des 333⅓ *M* betragenden Monatsgehaltes des Ange-

stellten, handelt, so ist der Abzug in analoger Anwendung des § 178 Abs. 2 a. a. O., nach dem die Abzüge auf die Gehaltszeiten gleichmäßig zu verteilen sind, auch nur in Höhe eines Viertels der auf den Angestellten für Monat Juni 1913 fallenden Versicherungsbeitragshälfte statthaft, mithin in Höhe von 2,50 *M* (¼ von 10 *M*).

Weiter käme in Frage, ob auf Grund von § 179 a. a. O. bei der Gehaltszahlung im März 1914 noch ein Abzug für Monat Mai 1913 zulässig war, der dem Monat, für den die Gehaltszahlung erfolgte, vorausging. Diese Frage ist zu verneinen. Als vorhergehende Gehaltszahlung kann die für Mai 1913 nicht angesehen werden; denn der Arbeitgeber hatte schon einmal Gelegenheit, die im Mai 1913 unterbliebene Kürzung „bei der nächsten Gehaltszahlung" nachzuholen, und zwar bei der Zahlung des ¾ Juni-Gehalts 1913, die normalerweise am 30. Juni 1913 hätte erfolgt sein müssen. Bei dieser Zahlung hätte der Arbeitgeber sein Abzugsrecht für Mai 1913 verwirklichen können. Gesetzt aber, auch die nächste Gehaltszahlung wäre erst am 29. September 1913 gewesen, so hätte jedenfalls bei dieser der unterbliebene Maiabzug nachgeholt werden können. Nach § 179 a. a. O. hat das Gesetz jede weitere Abzugsmöglichkeit als die bei der zunächst folgenden „Gehaltszahlung" ausdrücklich untersagt. Am allerwenigsten kann eine solche nochmalige Gelegenheit aber demjenigen Arbeitgeber eingeräumt werden, der schon durch säumige Gehaltszahlungen den Angestellten schädigt. Würde man im vorliegenden Falle jetzt einen Abzug für Mai noch zulassen, so hätte hier der Arbeitgeber über den Rahmen des § 179 a. a. O. hinaus tatsächlich zweimal den Abzug nachträglich zu bewirken Gelegenheit gehabt, nämlich bei der zeitlich nächsten Gehaltszahlung (Ende Juni 1913 oder am 29. September 1913) und sodann noch bei der späteren Zahlung des Restes pro Juni 1913 im Mai 1914. Der Abzug der Beitragshälfte des Angestellten für den Monat Mai 1913 ist daher zu Unrecht erfolgt da die Ausnahme von § 179 a. a. O., daß der Arbeitgeber ohne sein Verschulden wirksame Beiträge nachträglich entrichtet, im vorliegenden Falle nicht zutrifft.

Dagegen ist ein weiterer Abzug wegen der der Gehaltszahlung am 12. März 1914 zeitlich vorhergegangenen Monatszahlung von 500 *M* am 27. Oktober 1913 berechtigt; denn nach § 179 a. a. O. darf der bei einer Gehaltszahlung unterbliebene Abzug noch bei der nächsten nachgeholt werden. Ein Abzug war bei der vorhergehenden Gehaltszahlung am 27. Oktober 1913 unterblieben. Diese Zahlung ist in Höhe von 500 *M* erfolgt und betrug also genau das 1½ fache Monatsgehalt des Angestellten. Man wird entsprechend der Regel des bürgerlichen Rechts, daß im Zweifel bei à Conto-Zahlungen die frühere Schuld immer zuerst getilgt werden soll, annehmen dürfen, daß diese letzten 500 *M* sich auf den September und halben August 1913 beziehen sollten. Es kommt aber auch hierauf nicht an; denn auf alle Fälle handelt es sich um eine für 1½ Monate geltende Gehaltszahlung, auf welche die Nachtragszahlung des rückständigen Juni-Gehaltsteiles als die „nächste Gehaltszahlung" im Sinne des § 179 a. a. O. folgte. Denn obwohl § 179 a. a. O. im wesentlichen eine zum Schutze des Angestellten getroffene Bestimmung darstellt, so darf doch das darin dem Arbeitgeber verliehene Recht, noch die nächste Gehaltszahlung zur Bewirkung des Abzuges auszunützen, nicht verkürzt werden. Der Zweck dieser im Interesse des Arbeitgebers gemachten Ausnahme ist offensichtlich der, daß letzterer regelmäßig bei Unterlassung des Abzuges noch eine Gelegenheit haben soll, sich vor Schaden zu bewahren. Hieraus folgt aber, daß mit der „nächsten" Gehaltszahlung, bei welcher der Abzug noch nachgeholt werden darf, nicht nur (in einschränkender Auslegung des Wortlautes der Vorschrift) die für die nächste Gehaltszahlungsperiode geleistete Gehaltszahlung gemeint sein kann, sondern jede unmittelbar nachfolgende Gehaltszahlung, auch eine solche rückständigen Gehaltes. Die „nächste" Zahlung ist also immer die zeitlich zunächst folgende und nur diese, auch wenn sie, wie hier, den Entgelt oder einen restlichen Betrag des Entgelts für eine bereits in der Vergangenheit liegende Arbeitsperiode darstellt. Die gleichmäßige Verteilung der Abzüge in analoger Anwendung des § 178 Abs. 2 a. a. O. ergibt nun, daß auch der auf 1½ Monate entfallende Abzug, also in Höhe von 15 *M*, nachgeholt werden darf. Daß hiernach mehr abgezogen wird als bei einer regelmäßigen monatlichen Gehaltszahlung, fällt nicht ins Gewicht. Es steht im vorliegenden Falle gar nicht einmal fest, ob die Zahlungen monatlich oder etwa vierteljährlich oder sonstwie erfolgten. Aber nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte ist auch, abgesehen hiervon, alles darauf abzustellen, wie tatsächlich das Gehalt ausbezahlt wird, nicht darauf, wie der Angestellte die Zahlungen auf Grund seines Anstellungsvertrages hätte verlangen können.

Nach alledem war der bei der Zahlung am 12. März 1914 dem Angestellten seitens des Konkursverwalters gemachte Abzug in Höhe von 17,50 *M* berechtigt, in Höhe von 72,50 *M* unberechtigt.

Sprechsaal.

Russische Polen als feindliche Ausländer?

Das Reichsversicherungsamt hatte in einem Bescheide vom 2. Dezember 1916 sich dahin geäußert, daß seit dem 5. November 1916, dem Tage der Errichtung des Königreichs Polen, die bisher russisch-polnischen Arbeiter nicht mehr als Angehörige eines feindlichen Staates anzusehen seien; sie seien daher, soweit sie in Deutschland leben, versicherungsrechtlich nicht mehr als unfrei zu betrachten und seien folglich der deutschen Sozialversicherung unterworfen (Arb.-Vers. 1917 S. 155.)

Von dieser Auffassung ist das Reichsversicherungsamt (Beschlußsenat) neuerdings abgegangen, indem es in einer Entsch. v. 15. 3. 18 (Nr. 2445 A. N. S. 314) die Invalidenversicherungspflicht russisch-polnischer Zeit- (Saison-) Arbeiter, die seit Kriegsbeginn im Deutschen Reiche zurückgehalten sind, verneint. Maßgebend war die Erwägung, daß für die Frage nach der Versicherungspflicht nicht die völker- und staatsrechtlichen Beziehungen, sondern lediglich das Maß der den Arbeitern verbliebenen Bewegungs- und Handlungsfreiheit von entscheidender Bedeutung sei. In den die persönliche Freiheit der russisch-polnischen Arbeiter einengenden militärischen Anordnungen sei aber auch seit der Errichtung des Königreichs Polen eine wesentliche Änderung nicht eingetreten. Jene Arbeiter seien also nach wie vor als unfrei anzusehen und deshalb nicht versicherungspflichtig.

Das Reichsversicherungsamt konnte nach dieser Begründung davon absehen, die völker- und staatsrechtliche Frage erneut zu erwägen, ob die vormals russischen Polen aufgehört haben, Angehörige eines feindlichen Staates zu sein. Diese Frage, deren Bejahung doch den Ausgangspunkt des Bescheides vom 2. Dezember 1916 bildete, ist keineswegs so zweifelsfrei, wie es anfänglich schien und wie man anfänglich auch wohl so gern zu glauben bereit war, daß es verständlich erscheint, wenn Zweifel, die eigentlich recht nahe lagen, sich kaum regten. Inzwischen aber ist reichlich Wasser in unseren polnischen Wein geflossen und hat die Kritik an den Verhältnissen, auch an unserem völkerrechtlichen Verhältnisse zu dem Königreich ohne König ernüchtert oder geweckt. Es ist einem preußischen bürgerlichen Gerichte, dem Schöffengericht in Krefeld, vorbehalten geblieben, jener Frage, ob Polen durch seine Ausgestaltung zu einem selbständigen Staat unter dem Schutze Deutschlands und Österreich-Ungarns aufgehört hat, besetztes Feindesland zu sein, näher auf den Grund zu sehen und sie zu verneinen.

Ein aus Warschau stammender polnischer Arbeiter, der in einem Krefelder Betriebe beschäftigt war, hatte am 4. April d. Js. die Arbeit eingestellt und sich auf die Wanderschaft begeben, um in seine polnische Heimat zurückzukehren. Er wurde unterwegs verhaftet, weil er als feindlicher Ausländer die Grenzen seines bisherigen Aufenthaltsortes unerlaubt verlassen und seine vertragliche Arbeitsstätte ohne Grund verlassen haben sollte. Es war ihm dieserhalb ein Strafbefehl über fünf Wochen Gefängnis zugestellt worden. Hiergegen hatte er Einspruch erhoben, den er mit dem Hinweise begründete, daß am 4. April schon der Friede mit Rußland abgeschlossen gewesen sei. In der Verhandlung vom 15. Mai 1918 entschied das Gericht wie folgt: Am 4. April sei zwar der Friede mit Rußland geschlossen gewesen, doch seien davon die verschiedenen Randstaaten, darunter auch das polnische Staatsgebiet, ausdrücklich ausgenommen worden. Die Ukraine und Finnland hätten sich schon als selbständige Staaten gebildet, worauf auch mit ihnen der Friede geschlossen worden sei. Dies treffe aber auf Polen noch nicht zu. Um den Kriegszustand zu beenden, müsse aber nach dem Völkerrecht mit dem betreffenden Staatsgebiet ein Friedensvertrag geschlossen werden. Das sei mit dem zukünftigen polnischen Reiche noch nicht möglich gewesen. Die Angehörigen des polnischen Gebietes seien somit noch als feindliche Ausländer anzusehen und unterständen deshalb noch den Ausnahmebestimmungen. Der Einspruch wurde deshalb verworfen.

Auch diesen Erwägungen gegenüber drängt sich freilich ein vom Gericht anscheinend übergangenes Bedenken auf, nämlich: ob nicht die besondere Art der Staatsbildung, nämlich das Zusammenwirken einer berufenen Landvertretung Polens mit Deutschland und Österreich-Ungarn zur Gründung und Ausgestattung des Königreichs Polen die Annahme eines fortdauernden Kriegszustandes tatsächlich ausschließt und ob nicht dieser Vorgang und der auf ihn beruhende tatsächliche Zustand die gleiche rechtliche Geltung beansprucht wie ein förmlicher Friedensvertrag. Es ist zu vermuten, daß die verbündeten Reiche mit dem Königreich Polen wohl mancherlei Verträge, aber nicht erst noch einen Friedensvertrag zu schließen haben werden.

Die Frage ist durch die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. März 1918 für das Versicherungsrecht keineswegs gegenstandslos geworden. Denn indem sich diese Entscheidung darauf beschränkte, die Unfreiheit der fraglichen Arbeiter festzustellen und deshalb ihre Invalidenversicherungspflicht zu verneinen, läßt sie die Frage offen, ob die besonderen Vorschriften, die über die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten erlassen sind — Bekanntm. v. 2. November 1916 und v. 25. Januar 1917 (ArbVers. 1916 S. 793 und 1917 S. 106) —, für die Angehörigen des Königreichs Polen gelten oder nicht. Wären sie nicht als Angehörige eines feindlichen Staates anzusehen, so käme man zu dem eigentümlichen Ergebnis, daß sie weder diesen besonderen Vorschriften noch (wegen ihrer Unfreiheit) den allgemeinen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung unterliegen und somit schlechter gestellt wären, als wenn sie einem feindlichen Staate angehörten.

M. N.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Mitteleuropäische Sozialversicherung.

Einer der beiden Hauptpunkte, der auf der Wiener Tagung der deutsch-österreichisch-ungarischen Wirtschaftsverbände am 31. Mai und 1. Juni zur Verhandlung kam, betraf die Richtlinien für die künftige Sozialpolitik der drei Länder. Der von dem deutschen Referenten, Professor Dr. Alfred Manes (Berlin) erstattete Bericht ist hier im Heft 17 abgedruckt. Im Anschluß daran geben wir aus der hochbedeutsamen Rede des früheren Justizministers, Wirklichen Geheimen Rates Exzellenz Dr. Franz Klein (Wien) folgende Auszüge wieder, die sich namentlich auf die Sozialversicherung beziehen.

Der Gedanke der Sozialpolitik ist engstens mit der gesamten wirtschaftlichen, rechtlichen und ethischen Entwicklung verbunden, und diese war bekanntlich vom alten Deutschen Reiche und vom Deutschen Bunde her in allen darin vereinigten Ländern gleichartig. Für Ideen, die in dieser Entwicklung ihren Ursprung haben, war daher Österreich im höchsten Grade vorbereitet und aufnahmefähig. Da man sich wahrscheinlich die Vorteile dieses historischen Zusammenhanges nicht entgehen lassen wird, ist die Ausgestaltung des Bundesverhältnisses zwischen Österreich und dem Deutschen Reiche mit wenigen Ausnahmen im Wesen nichts anderes als besseres Organisieren schon gegebener Beziehungen. Dies wird in der Sozialpolitik auf die geringsten Hindernisse stoßen, namentlich wenn es sich zunächst nur um das Einhalten gleicher Richtlinien handelt. Nicht das Bekenntnis zur Übereinstimmung, sondern die Abkehr von ihr wäre somit das neue. Zur Abkehr würde aber jeder Grund fehlen. Angesichts des unaufhaltsamen Vordringens der Sozialpolitik haben sich jedenfalls die Formen der Gegnerschaft sehr verändert. Statt Nein zu sagen, wird nun lieber die Frage der wirtschaftlichen oder finanziellen Möglichkeit aufgeworfen. Diese bestimmt sich nach Preisbildung und zulässigen obersten Preisgrenzen, nach der Steuer- und Zollpolitik, nach dem Einflusse auf die für die Handels- und Zahlungsbilanz notwendige Ausfuhr und nach dem damit vergleichbaren sozialpolitischen Aufwande der auf dem Weltmarkt konkurrierenden fremden Volkswirtschaften. Das Ausmaß der sozialpolitischen Möglichkeiten ist sonach jeweils das Ergebnis des Ineinanderwirkens von vier großen Bedürfnissen und Wunschmassen: der Lohnarbeit im weitesten Sinne, der konsumierenden Bevölkerung, des wirtschaftlichen Unternehmertums und der Staatsfinanzen. Infolgedessen werden unmittelbar nach dem Kriege die Grenzen der Möglichkeit nicht allzu weit sein, wenngleich viele Gruppen der Industrie aus dem Kriege besonderen Nutzen gezogen haben. Denn die übrigen Faktoren sind mehr oder weniger erschöpft oder überbürdet. Die wirtschaftliche Möglichkeit der Sozialpolitik wird aber nicht lediglich nach dem Tiefstand zu bemessen sein, der bei Ende des Krieges voraussichtlich eingetreten sein wird. Wie das Staatswesen seiner selbst willen, so hart es ihm werden mag, doch alles in Bewegung setzen muß, damit es, wenn die Nachbarstaaten erstarken, sich auch selbst wieder auf eine kräftigere Bevölkerung stützen könne, so schließt es die Selbsterhaltung und der Lebenswille der Volkswirtschaft und das Gesamtinteresse an ihr in sich, das trotz aller Bedrängnis die sämtlichen früher genannten Faktoren vereint den Anforderungen der Sozialpolitik Genüge zu tun suchen müssen, um auf diese Weise weiteren Kräfteverlust zu verhindern und zum Wiederaufbau der Gesellschaft den Grund zu legen. Die Ersparungen in Geschäftsbetrieben, die nach Ansicht mancher die Fonds der Erneuerung von Volks- und Finanzwirtschaft hauptsächlich aufzubringen hätten, können deshalb nicht darin bestehen, mit untüchtigen Werkzeugen zu produzieren, worauf die sozialpolitische Vernachlässigung der Arbeiterschaft hinausliefe. Schonung der Unternehmer und Schonung der helfenden Arbeitskräfte hält sich hier fast die Wage. Für beide ist das richtige Ausmaß unter Umständen eine Lebensfrage. Für diese Gruppen wird daher während eines gewissen Zeitraums unmittelbar nach dem Kriege hauptsächlich das Wiederherstellen des Zustandes vor dem Kriege in erster Reihe stehen und Fortschritte werden über das Unumgänglichste und Dringendste nicht hinausgehen. Für größere Unternehmungen dagegen gelten diese Beschränkungen nicht.

In Österreich ist die Sozialpolitik durch den Krieg, wenngleich teilweise zunächst nur für die Kriegsdauer, tatsächlich vorwärts gekommen. Der Abstand vor der in Deutschland erreichten Stufe hat jedenfalls abgenommen. Der neue sozialpolitische Kriegszustand aber hat, auch wo es sicher nicht beabsichtigt war, über den Krieg hinausreichende Bedeutung; zumindest die Staatsgewalt hat nach dem Kriege in Sachen des Arbeiter- und Angestelltenschutzes eine viel weniger freie Hand. Sie hat sich durch ihre eigenen Verfügungen vielfach vorgegriffen und manche, wie z. B. die Arbeitslosenfürsorge, von der sie vor dem Kriege grundsätzlich nichts wissen wollte, wird sie künftig nicht mehr gleich stark ablehnen können. Überdies wird die Einführung der Invaliden- und Altersversorgung sowie einer Witwen- und Waisenversorgung und nicht zuletzt das Verschmelzen sämtlicher Rechtsvorschriften über das Arbeitsverhältnis in einen einheitlichen Kodex des Arbeitsrechtes verlangt. Der Krieg löste dann noch den Ruf nach Bekämpfung der Volksseuchen und anderer Kriegsfolgen aus. Zwischen Österreich und dem Deutschen Reiche obwaltet darin kein Unterschied.

Die Angriffsfähigkeit der Richtlinien ist zu bemessen nach dem Stande der Sozialpolitik des Deutschen Reiches, dem geschichtlich und nach seinen Leistungen der Vortritt gebührt. Die für Österreich aufgestellten Richtlinien stimmen grundsätzlich mit denjenigen überein, die der Sozialpolitik des Deutschen Reiches das Gepräge geben. In dem einzelnen der Einrichtungen und überhaupt in der Technik ist jedoch manches oder sogar vieles in Österreich anders als im Deutschen Reiche und wird auch anders bleiben müssen, weil es mit Besonderheiten der öffentlichen Vertretung oder der heimischen Volks- und Finanzwirtschaft eng verwachsen ist. Die Sozialpolitik des Deutschen Reiches hat die gesamten Grundprobleme bereits bewältigt und kann sich nun schon auf den höheren Stufen der Ausbildung mit der feineren Bearbeitung ihrer Einrichtungen beschäftigen,

während Österreich namentlich in der Sozialversicherung noch vor gewaltigen offenen Fragen steht und auch auf seine schwächere Volkswirtschaft und seine ohnehin aufs äußerste in Anspruch genommenen Finanzen Bedacht nehmen muß.

Gleiche Sozialpolitik mehrerer Länder kann ein Doppeltes im Auge haben: Gleiches Erstarken der Länder im gemeinsamen Interesse aller an der Kräftigung jedes einzelnen, oder Verhinderung unlauteren Wettbewerbes durch gleiche Verpflichtung zu einem gewissen Mindestmaß an Sozialpolitik. Für die Mittelmächte trifft beides zu. Die sozialpolitische Gleichheit ist aber nicht bloß eine neue Kraftquelle des Bundesverhältnisses, obwohl auch die schon genügen müßte, um auf ihr zu bestehen; sie bietet auch sachlich manch wesentliche Vorteile, und es ist nicht so, als ob die einzelnen Länder damit der Politik ungelohnte Opfer brächten, vielmehr kann es kein besseres Zeugnis für die Richtigkeit einer Außenpolitik geben, als wenn die für ihre letzten Ziele gewählten Mittel notwendig zugleich zum friedlichen Erstarken von Staat, Volk und Wirtschaft führen.

Der ungarische Referent Universitätsdozent und Magistratsbeirat Dr. Ferenczi (Budapest) berücksichtigte die Sozialversicherung nur nebenbei. Er führte u. a. aus, daß nach den großen Menschenverlusten die Bekämpfung der Auswanderung und der Gebrechen des Volksgesundheitswesens zu einer Lebensfrage der Mittelmächte geworden ist. Die bestehende Sozialversicherung ist in Deutschland, Österreich und Ungarn zu möglichst einheitlichen nationalen Versicherungen auszubauen, die sich sachlich auf die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, dem Kreis der Versicherten nach auf die ganze minderbemittelte Bevölkerung erstrecken sollte. Zur Sicherung einer gleichmäßigen Behandlung von Angehörigen der Mittelmächte auf dem Gebiete der in allen drei Staaten schon bestehenden obligatorischen Versicherungszweige wären baldigst entsprechende Gegenseitigkeitsabkommen zu treffen.

In der an die drei Referate sich anschließende Erörterung sprachen sowohl Vertreter der Großindustriellen wie der Arbeitnehmer. Beide stimmten den Ausführungen der drei Referenten im wesentlichen zu, brachten jedoch eine Reihe von Einzelwünschen zur Geltung. In seinem Schlußwort konnte der deutsche Berichterstatter Professor Dr. Manes seiner Freude und Befriedigung Ausdruck geben, daß selten auf einer Auslandstagung, die sich mit Fragen der Sozialpolitik und namentlich der Sozialversicherung befaßten, eine so harmonische Zusammenarbeit von Theorie und Praxis, von Vertretern der Arbeitgeber wie der Arbeitnehmer, von Deutschen, Österreichern und Ungarn stattgefunden habe.

Die einstimmig zur Annahme gelangte Entschließung hat folgenden Wortlaut:

1. Das Friedenswerk der Sozialpolitik von Deutschland, Österreich und Ungarn hat sich auch im Kriege als eine so starke Stütze erwiesen, daß ein Stillstand oder eine grundsätzliche Änderung in der Sozialpolitik nicht in Betracht kommen kann.

2. In der Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Hinterbliebene von Kriegsteilnehmern ist in Deutschland, Österreich und Ungarn ein möglichst weitgehendes und gleichmäßiges Vorgehen erwünscht.

3. Die nach dem Kriege mehr als je bringende Notwendigkeit möglichst gesteigerter Arbeitsleistungen macht außer der Wiederherstellung der während des Krieges unwirksam gewordenen oder eingeschränkten sozialpolitischen Einrichtungen eine fortgesetzte Fürsorge für Gesundheit, Tüchtigkeit und Wohlfahrt der Arbeiterschaft erforderlich, um ihre dauernde Arbeitskraft zu sichern und ihre Arbeitsfreudigkeit zu steigern.

4. Die künftige Sozialpolitik Deutschlands, Österreichs und Ungarns soll, soweit es die Rücksicht auf die Produktion, sowie die sonstigen wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse jeweils ermöglichen, in Anlehnung an die bisher mit Erfolg betätigten sozialpolitischen Grundsätze und Ziele auf den Bahnen fortgeführt werden, die sich als für das Gemeinwohl nützlich bewährt haben.

5. Ein gegenseitiges Annähern der in den drei Ländern vorhandenen Sozialgesetze und -einrichtungen, namentlich auch in Bezug auf die Arbeitsvermittlung, die Sozialversicherung und die mit ihr verbundene Sorge für die Volksgesundheit ist geboten und unter Wahrung begründeter Besonderheiten in jeder Weise zu fördern.

6. Die Erfahrungen des Krieges machen es notwendig, behufs möglichster Erhaltung und Entfaltung der Wehr- und Arbeitskraft der drei Länder, die Wanderbewegung und Wandergesetzgebung, sowie die Verhältnisse des Arbeitsmarktes in einer allen berechtigten Interessen entsprechenden Weise einverständlich zu regeln.

7. Um in Sachen der Kranken- und Unfallversicherung eine gleichmäßige Behandlung zu erzielen und um die in einem Lande erworbenen Versicherungsanwartschaften bei Beschäftigung in einem der übrigen Länder aufrecht zu erhalten, sind zwischen Deutschland, Österreich und Ungarn baldigst entsprechende Gegenseitigkeitsabkommen zu treffen.

8. Es ist anzustreben, daß in die von Deutschland, Österreich und Ungarn mit den feindlichen Staaten abzuschließenden Friedensverträge die Bestimmung aufgenommen werde, daß diese Staaten im Gebiete der Sozialgesetzgebung und insbesondere der Sozialversicherung den Einrichtungen der Mittelmächte gleichkommende Anstalten zu schaffen haben. Es erscheint unerläßlich, daß die Regierungen der drei Länder unverzüglich die nötigen Vorarbeiten einleiten, um bei den weiteren Friedensverhandlungen einmütig für die Aufnahme von sozialpolitischen Mindestforderungen eintreten zu können.

Die Sozialversicherung vor dem Reichstag.

Die Beratungen des Reichshaushaltplans (für 1918) im Reichstag brachten nach einigen Jahren wieder einmal eine ausgedehnte Aussprache über sozialpolitische Fragen. Zwar wurde keine „sozialpolitische Woche" daraus wie früher, aber es gab doch einige „sozialpolitische Tage". Eine Neuheit zeigten die Erörterungen insofern, als sie sich zum ersten Male an die Beratung des Haushalts des neuen Reichswirtschaftsamts knüpften. Am Ende des Jahres 1917 wurden die handelspolitischen und sozialpolitischen Aufgaben dem früheren Reichsamt des Innern abgenommen. Das neu errichtete Reichswirtschaftsamt hat eine überaus wichtige und umfangreiche Tätigkeit zu entfalten. Es werden für 1 Staatssekretär, 2 Unterstaatssekretären, 4 Direktoren, 25 vortragende Räte, 8 ständige wissenschaftliche Hilfsarbeiter und rund 100 Kanzleibeamte fast 1½ Millionen Mark an Besoldungen gefordert. Das Reichswirtschaftsamt zerfällt in zwei Hauptabteilungen: die wirtschaftspolitische und die sozialpolitische. Die letztere hat

zunächst eine Abteilung, die zu bearbeiten hat die Fragen des Gewerbewesens, einschließlich Arbeiterschutz, Sonntagsruhe, Berufsvereine, Tarifverträge, Koalitionsrecht, Arbeitsnachweis, Arbeitslosenfürsorge, Mittelstandsfragen usw. Eine zweite Abteilung behandelt die Fragen des Versicherungswesens, insbesondere die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, die Versicherung der Angestellten, die Kriegswochenhilfe, das Privatversicherungswesen, das Pensionskassenwesen, das Haftpflichtgesetz, die Wohlfahrtseinrichtungen im allgemeinen, Jugendfürsorge, Kriegswohlfahrtspflege, Vaterländischen Hilfsdienst, Wohnungsfürsorge usw. Der Haushaltplan für 1918 verlangt die Anstellung einer Anzahl neuer Hilfskräfte; für die sozialpolitische Abteilung wird ein vortragender Rat verlangt für Wohnungsfürsorge und Versicherungswesen und ein solcher für Arbeiterschutz, Arbeitsnachweis, Arbeitskammer, Einigungswesen.

Den Beratungen liegen eine Reihe Anträge und Entschließungen des Ausschusses für den Reichshaushalt zugrunde. Für das Gebiet der Sozialversicherung verlangt ein Zentrumsantrag, die Teuerungszulagen zu den Renten auch auf die Altersrenten und Waisenrenten und die Hinterbliebenenrenten in der Unfallversicherung auszudehnen, für die Krankenversicherung die Höchstgrenze für die Versicherungspflicht der Privatangestellten von 2500 auf 4000 ℳ und für das Verbleiben in der freiwilligen Versicherung auf 5000 ℳ zu erhöhen, eine Neufestsetzung der Ortslöhne (§ 149 RVO.) und der Jahresarbeitsverdienste der Landarbeiter vorzunehmen und die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten auszudehnen. Eine Resolution von Vertretern mehrerer Parteien will, daß die Teuerungszulagen zu den Invaliden-, Witwen- und Verletztenrenten voll aus Reichsmitteln gedeckt werden. Einige Anträge der Sozialdemokratie verlangen, daß die Gehaltsgrenze für die Angestelltenversicherungspflicht auf 8000 ℳ erhöht und die Zahl der Gehaltsklassen entsprechend ergänzt wird; die Bekanntmachung vom 12. Oktober 1917 dahin erweitert wird, daß jede körperliche, die Erwerbsfähigkeit der Arbeiter beeinträchtigende Schädigung, die bei der Herstellung oder Verarbeitung von nitriertem Kohlenwasserstoff entsteht, als Folge eines Betriebsunfalles im Sinne der Reichsversicherungsordnung entschädigt wird; daß die Betriebe der Kriegsindustrie, in denen durch giftige Gase, ätzende Dämpfe, Staubentwicklung usw. Gefahren für die Arbeiter entstehen, einer eingehenden und regelmäßigen Kontrolle ihrer Unfallverhütungs- und sanitären Einrichtungen unterworfen werden und Arbeiter, die infolge dieser Betriebsgefahren eine Einbuße an ihrer Erwerbsfähigkeit erleiden, nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über die Unfallversicherung entschädigt werden, auch im Falle des Todes den Hinterbliebenen ein Rentenanspruch gesichert wird; daß in der Krankenversicherung die Höchstgrenze für die Versicherungspflicht der Privatangestellten auf 5000 ℳ hinaufgerückt und die Gesamteinkommensgrenze für das Verbleiben in der freiwilligen Versicherung gänzlich aufgehoben wird; daß bei der Festsetzung der Unfallrente der Jahresarbeitsverdienst bis zu 3000 ℳ voll anzurechnen ist (§ 563 RVO.). Ein Antrag der unabhängigen Sozialdemokratie verlangt gleiches, ferner die Einführung einer reichsgesetzlichen Arbeitslosenversicherung, endlich eine sofortige Erhöhung des Krankengeldes, der Unfall-, Invaliden- und Altersrenten.

Der Berichterstatter des Ausschusses für den Haushaltplan, soweit das Reichs-Wirtschaftsamt in Betracht kommt, Abg. Hoch (Soz.) behandelte allgemein die Bedeutung dieses Amtes und die Übergangswirtschaft. Der Abg. Dr. Mayer (Zentr.) begrüßt die Schaffung des Reichswirtschaftsamts. Der Reichstag sei in diesem Punkte nicht kleinlich. Für die einzelnen Unterabteilungen des Reichswirtschaftsamts sollten Fachausschüsse gegründet werden. Sie werden auch den sachkundigen Beamten als Berater unentbehrlich bleiben. Dr. Südekum (Soz.) weist besonders auf die großen Aufgaben hin, die dem neuen Amt aus den gewaltigen Wirkungen des Krieges erwachsen. Bedeutet dieser doch eine wirtschaftliche Revolution. Nach einigen weiteren Rednern ergreift auch der neue Staatssekretär des Reichswirtschaftsamts, Freiherr von Stein, das Wort, der davor warnt, dem Reichswirtschaftsamt noch andere neue Aufgaben zuzuweisen. Abg. Carstens (Frs. Vg.) kommt auf die Arbeitslosenversicherung zu sprechen, die immer dringender werde. Früher haben wir geglaubt, nach einem kurzen Krieg kommen die Leute zurück, alles ist ausgehungert, die Fabriken gehen mit Volldampf, und das wirtschaftliche Leben blüht und gedeiht. Heute stehen wir leider vor der beängstigenden Tatsache, daß, wenn die Entlassenen nach Hause kommen, die Betriebe teils stillgelegt sind, Treibriemen und Maschinen herausgenommen sind, daß Rohstoffe fehlen, daß man die Arbeit nicht aufnehmen kann. Die Frage der Arbeitslosigkeit muß daher sorgfältig geprüft werden. Die zurückkehrenden Kriegsteilnehmer können nicht monatelang arbeitslos umherwandern, ohne Unterstützung zu erhalten. Der Abg. Behrens (D. Fr.) betont, daß das soziale Zeitalter gekommen sei. Das Volksleben ist von sozialen Ideen voll erfaßt und durchsetzt. Der Kriegssozialismus hat zwar eine Reaktion hiergegen hervorgerufen, aber die soziale Volksgesinnung und die Wirtschaftsnotwendigkeiten der Zukunft werden stärker sein. Vor allem muß die Verbrauchergenossenschaft mehr als bisher gefördert werden. Die Arbeiterschutzmaßnahmen, namentlich für Frauen und Mädchen, müssen sobald wie möglich wieder in Kraft gesetzt werden. Die Hausgewerbetreibenden der Kleider- und Wäschekonfektion müssen in die Invalidenversicherung einbezogen werden. Der Gewerkverein der Heimarbeiterinnen hat sich mit einer entsprechenden Eingabe an den Bundesrat gewendet, ist aber ohne Antwort geblieben. Der Staatssekretär Freiherr v. Stein kam nochmals auf die Fachausschüsse des Reichswirtschaftsamtes zu sprechen und stellte in Aussicht, daß in diese auch Vertreter der Arbeiterschaft berufen werden. Er könne sich aber nicht darauf einlassen, die verschiedenen Richtungen in der Arbeiterschaft, etwa nach politischen Gesichtspunkten, zu berücksichtigen. Er müsse sich solche Vertreter suchen, die von der Sache etwas verstehen. Dem Reichstag werde ein neues Ermächtigungsgesetz vorgelegt werden.

Einzelfragen der Sozialpolitik kamen erst bei der „dritten Rednerfolge", geordnet nach der Größe der Parteien, zur Erörterung. Der Abg. Trimborn (Zentr.) erinnert an die Idee des Professors Schmittmann an der Kölner Hochschule, eine großzügige Wohnungsversicherung, insbesondere für kinderreiche Familien, ins Leben zu

rufen. Weiter verweist er auf die Vorschläge des Vorsitzenden der Landesversicherungsanstalt Oldenburg, Geheimrats Düttmann, die einen großzügigen Ausbau der Sozialversicherung zur Förderung der Ziele der Bevölkerungspolitik betreffen. Redner befürwortete, nach dem Kriege eine allgemeine Erhebung über den Gesundheitszustand der jugendlichen und weiblichen Arbeiter im ganzen Reiche zu veranlassen. Die Gesundheit des arbeitenden Volkes ist die wichtigste Grundlage für das Wiederaufblühen des Wirtschaftslebens. Das Zentrum wünsche, daß die Zahl der ständigen Ausschüsse, die innerhalb des Reichstages bestehen, um einen vermehrt werde, und zwar um einen sozialpolitischen Ausschuß. An diesen seien alle sozialpolitischen Anträge und Gesetzentwürfe zu verweisen, die nach Meinung des Reichstages überhaupt in einer Kommission vorberaten werden sollen. Auf diese Weise würden die sozialpolitischen Anträge eine gründlichere Behandlung erfahren. Das könnte die gute Folge zeitigen, daß sich die Parteien innerhalb der Kommission überhaupt über einen bestimmten Plan in der Behandlung der ganzen Sozialpolitik vereinigen. Man würde sich über bestimmte Ziele verständigen. Der Abg. Schmidt (Soz.) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Arbeitslosenversicherung. Die aus dem Heeresdienst Entlassenen können unmöglich ohne Unterstützung auskommen, wenn sich keine Arbeitsgelegenheit für sie bietet. Für die Fürsorge muß eine Rechtsgarantie vorhanden sein, sie darf nicht in die Form einer freiwilligen Spende gekleidet sein. Wir müssen weiter bemüht sein, die Zurücksetzung der Landarbeiter in unserer Versicherungsgesetzgebung aufzuheben. Es ist hart, daß der Landarbeiter selbst in der neueren Versicherungsgesetzgebung minderen Rechts ist als der Industriearbeiter. Der Landarbeiter muß die gleichen Rechte in der Krankenversicherung und Unfallversicherung haben, dann wird die gegensätzliche Scheidung in der sozialen Stellung von Stadt und Land aufgehoben und ein Anreiz gegeben, daß auch die Arbeiter wieder Beschäftigung auf dem Lande suchen. Der Antrag, in der Angestelltenversicherung die Versicherungspflicht bis zu 8000 ℳ Gehalt auszudehnen, findet auch die allgemeine Zustimmung der Angestelltenverbände. Das Recht der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung genügt nicht. Wo die Versicherungspflicht aufhört, tritt sehr leicht ein Verfallen erworbener Rechte ein. Der Abg. Hüttmann (Unabh. Soz.) tritt zunächst für eine Reichsarbeitslosenversicherung unter Mitwirkung der Berufsorganisationen ein. Das liege auch im Interesse des Staates. Bezüglich der Ortslöhne ist schon lange vor Kriegsausbruch darüber Klage geführt worden, daß sie viel zu niedrig angesetzt sind. Insbesondere bestehen für die landwirtschaftlichen Arbeiter ganz unhaltbare Zustände. Es ist dringend notwendig, nach dem heutigen Stand der Kaufkraft des Geldes höhere Sätze festzustellen. Ferner ist es notwendig, für die Versicherungspflicht und -möglichkeit andere Einkommensgrenzen festzusetzen. Leider sind schon wieder Kräfte an der Arbeit, um diese Bestrebungen zu hintertreiben, so namentlich die Ärzte. Aber auf solche Sonderinteressen kann keine Rücksicht genommen werden, sondern wir sollten so schnell als möglich im sozialen Interesse eine Erhöhung der Versicherungsgrenzen vornehmen. Die Unfallrenten dürfen auch nicht nach den jetzt im Gesetz festgelegten Einkommensgrenzen berechnet werden. Die Unfallversicherung muß auch auf alle gewerblichen Berufskrankheiten ausgedehnt werden. Der Mißstand tritt immer mehr hervor, daß ein Arbeiter, der jahrelang in einem Beruf beschäftigt war, sich zuletzt eine bestimmte Berufskrankheit zugezogen hatte, aber gleichwohl nicht den geringsten Schutz erhielt. Der Abg. Dombeck (Pole) ist ebenfalls der Ansicht, daß die Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten ausgedehnt werden soll und daß bei Festsetzung der Unfallrente gemäß § 503 RVO. der zugrunde zu legende Arbeitsverdienst bis 3000 ℳ ganz in Anrechnung zu bringen ist. Diese Forderungen rechtfertigen sich aus den gestiegenen Preisen der Lebensbedürfnisse. Die durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste für landwirtschaftliche Arbeiter sind von neuem nach den tatsächlichen Verhältnissen festzusetzen. Redner wendet sich dann gegen die Werkspensionskassen, die nur eine sehr magere Rente gewähren, dafür aber den Arbeiter in der Hand behalten. Wenn der Arbeiter jahrelang seine Beiträge gezahlt hat, so wechselt er trotz niedriger Löhne die Arbeitsstelle nicht, weil er befürchtet, daß ihm die Beiträge verloren gehen. Kleinere Werkspensionskassen sollten bezirksweise zu einer einzigen vereinigt werden.

Ausführlicher als früher kamen die Fragen der Sozialversicherung bei Kapitel 13d „Reichsversicherungsamt" zur Besprechung. Der Abg. Becker (Zentr.) begründet zunächst die Forderung, die Zulagen auch den Empfängern von Alters-, Waisen- und Hinterbliebenenrenten zu gewähren. Die Invalidenversicherungsanstalten werden dadurch mit etwa 100 Millionen Mark im Jahre belastet. Im nächsten und übernächsten Jahr, wenn diese Verordnungen weiterlaufen, werden daraus 110 bis 120 Mill. Mk. jährliche Belastung. Das Reich hat aus Sparsamkeitsgründen die Übernahme der Zuschläge abgelehnt. Wenn man aber zugunsten des Reiches sparen will, dann findet der Herr Staatssekretär sehr gute Gelegenheit dazu, wenn er auf die Vergebungsstellen für Kriegslieferungen drückt. Die Zuschläge müssen als Kriegsmaßnahmen betrachtet und infolgedessen von der Gesamtheit getragen werden. Die vielen Schieber, die während des Krieges ungezählte Summen verdient haben, bleiben jetzt von diesen Lasten verschont. Denn sie zahlen keine Beiträge zur sozialen Versicherung. Nachdem Redner die Erhöhung der Einkommensgrenzen für die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung und die Neufestsetzung der Ortslöhne behandelt hat, ersucht er die Regierung, von dem § 547 RVO. Gebrauch zu machen und die gewerblichen Berufskrankheiten der Unfallversicherung zu unterstellen. Die Forderung sei schon vom Reichstag im Januar 1913 beschlossen worden. Darauf wurde von der Regierung mitgeteilt, es seien Erhebungen eingeleitet, die noch schweben. Heute schreiben wir 1918, so daß man hoffen kann, daß die Erhebungen bald abgeschlossen sind. Redner wünscht, daß alle die vorliegenden Anträge der neu zu bildenden Kommission für Sozialpolitik unterbreitet werden, und daß diese die spruchreifen Versicherungsfragen schnell behandle., damit der Reichstag bei der dritten Lesung des Etats zu den Beschlüssen der Kommission Stellung nehmen und sie annehmen kann. Es muß anerkannt werden, daß es der Tatkraft des Reichsversicherungsamts und seines Präsidenten zu danken ist, daß die Beratungsstellen zwecks Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten errichtet wurden. Es ist überhaupt zu begrüßen, daß mehr Gewicht darauf ge-

legt wird, zuerst Schäden zu verhüten, als sie zu entschädigen. Die Krankenkassen begrüßen es besonders, daß das Reichsversicherungsamt in seiner Rechtsprechung in lebhafter Fühlung mit der Praxis steht. Es ist die nachahmungswerte Einrichtung getroffen, daß es, ehe es bei Fragen von grundsätzlicher Bedeutung eine Entscheidung fällt, erst die Verbände der Krankenkassen um ihre Meinung fragt, um so die Rechtsprechung den Bedürfnissen der Praxis anzupassen. Der Abg. Brey (Soz.) geht in ausführlichster Weise auf die Ausdehnung der Unfallversicherung auf die Berufskrankheiten ein. Er behandelt die Gewerbekrankheit (Lungenschwindsucht) der Steinhauer und Sandsteinarbeiter, die Blei- und ähnlichen Vergiftungen der Maler usw. Auch mit den feuergefährlichen Farben ist schon viel Unheil angerichtet worden. Mit der Beaufsichtigung der gefährlichen Betriebe müßten Arbeiter betraut werden, die aus der Praxis hervorgingen. Gerade jetzt, wo die Besichtigung in der Sprenggeschoßmittelherstellung, die Erzeugung von Leuchtkugeln, die Herstellung von Vergiftungsgasen, eine ungeheure Ausdehnung der Gefahren für die dabei beschäftigten Frauen und jugendlichen Arbeiter gebracht hat, ist ein außerordentlicher Schutz notwendig. Im Jahre 1915 wurden von einem Fabrikarzt 115 Vergiftungsfälle gezählt. Es ist für diejenigen, die unter Vergiftungen leiden, sehr schwer, die Ansprüche zur Geltung zu bringen. Dies bezeugen Beispiele aus der Rechtsprechung. In der Unterstellung der Berufskrankheiten, unter die Unfallverhütung ist das Ausland weiter. Der Abg. Bartschat (Fr. Vp.) ging gleichfalls auf manche der schon erörterten Fragen näher ein.

Auf all diese Anregungen antwortete Dr. Caspar, Unterstaatssekretär im Reichswirtschaftsamt. Die Notwendigkeit, den Betriebsgefahren möglichst vorzubeugen, kann auch die Reichsleitung nur zustimmen. Sie hat deshalb auch bereits mit Erfolg mit anderen zuständigen Behörden auf Verbesserungen auf diesem Gebiete hingewirkt. Es sind bei den Kriegsamtsstellen besondere Überwachungsausschüsse eingerichtet worden, deren Tätigkeit von einer Zentralaufsichtsstelle, die beim Kriegsamt besteht und mit Sachverständigen besetzt ist, überwacht wird. Diese Überwachungsausschüsse haben die Anregung bekommen, in geeigneten Fällen Vertreter der Arbeiter zuzuziehen. Der Gleichstellung der Berufskrankheiten mit den Unfällen sind Schwierigkeiten in der Auswahl der Berufskrankheiten begegnet. Es haben auch im Auslande diejenigen Berufskrankheiten, auf die es ankommt, keine Berücksichtigung gefunden. Die Wünsche auf Erhöhung der Versicherungsgrenze sind als berechtigt anzuerkennen. Aber es haben sich einer solchen Maßnahme Schwierigkeiten entgegengestellt. Bei der Krankenversicherung lag das Bedenken vor, daß die Ärzte in Mitleidenschaft gezogen würden. Das ist bekanntlich eine Streitfrage, die beim Erlaß der Reichsversicherungsordnung nicht in befriedigender Weise hat gelöst werden können. Setzt man jetzt die Höchstgrenze für die Krankenversicherungspflicht hinauf, so wird es nach Friedensschluß schwer sein, auf die frühere Grenze zurückzugehen. Auf dem Wege der Bundesratsverordnung die Frage zu lösen, wäre also nur möglich, wenn alle Beteiligten einverstanden wären. Mit den Ärzten war aber bisher eine Einigung nicht zu erreichen. Nimmt der Reichstag die einschlägigen Resolutionen mit großer Mehrheit an, so könnte daraufhin die Reichsregierung vorgehen. Auch gegen den Wunsch, den vollanrechnungsfähigen Teil des Jahresarbeitsverdienstes im Bereiche der Unfallversicherung zu erhöhen, bestehen Bedenken. Hier kann nur eine Gesetzesänderung nach Schluß des Krieges helfen. Günstiger liegen die Verhältnisse hinsichtlich der Erhöhung der Versicherungsgrenze in der Angestelltenversicherung, weil hier die Angestellten wie die Prinzipale im allgemeinen einverstanden sind. Da sich auch das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt dafür ausgesprochen hat, wird es möglich sein, hier zu einer Änderung zu kommen. Redner behandelt dann ausführlich die Rentenzulagen in der Invaliden- und Unfallversicherung. Es ist niemals von der Reichsregierung in Aussicht gestellt worden, daß das Reich die ganzen Lasten übernehmen würde. Dagegen hat sich das Reich zu einer teilweisen Tragung der Lasten bereit finden lassen. Es hat die Verzinsung der Last übernommen, die rechnerisch ungefähr ein Viertel der Gesamtzahl ausmacht.

Herauf besprach mit ersichtlicher Sachkenntnis der Abg. Wissel (Soz.) eine Anzahl Fragen der Sozialversicherung. Er hielt es zunächst nicht für richtig, die Erhöhung der Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht an die Zustimmung der Ärzte zu knüpfen. Nachdem Redner für allgemeine Erhöhung der Ortslöhne, Gleichstellung bestimmter Gewerbekrankheiten mit den Unfällen eintrat, bedauert er, daß kein Vertreter vom Reichsversicherungsamt anwesend sei. Müsse er doch die Rechtsprechung dieses Amtes scharf kritisieren. „So hat sich z. B. das Reichsversicherungsamt auf den Standpunkt gestellt: eine Zustellung an einen im Heere befindlichen Verletzten kann an seine zu Hause gebliebene Ehefrau erfolgen. Das hat zur Folge, daß, wenn die Ehefrau in ihrer Unerfahrenheit nicht die nötigen Schritte tut, der im Heer Befindliche auf die Dauer seiner Rechte verlustig geht. Hier wäre eine Bestimmung notwendig analog der des preußischen Finanzministers, wonach keine Steuerzustellung an einen im Felde Befindlichen wirksam wird, auch nicht, wenn sie der Ehefrau ausgehändigt wird. Ferner haben wir Fälle erlebt, in denen die Ehefrau eines zum Heeresdienst Eingezogenen durch einen Betriebsunfall getötet worden ist und die hinterbliebenen Kinder dieser Ehefrau dann keine Rente bekommen haben, weil nach dem Wortlaut der Reichsversicherungsordnung diese Rente an die Kinder nur dann gewährt werden kann, wenn es sich um die Ehefrau eines körperlich erwerbsunfähigen Mannes handelt. Die Vorschriften über die Erhaltung der Anwartschaft sind auch reformbedürftig So ist vom Reichsversicherungsamt der Anspruch eines Invaliden zurückgewiesen worden, der 25 Jahre ununterbrochen Marken geklebt hatte, nur weil er in den letzten zwei Jahren nicht die im Gesetz geforderten 20, sondern einige Marken weniger geklebt hatte. Juristisch unanfechtbar ist zwar diese Entscheidung, aber ich muß sagen: ein Recht, das derartiges zuläßt, verstößt gegen die guten Sitten. Dringend abänderungsbedürftig ist ferner der Zustand, daß der Bezug einer Unfallrente von 450 *M* auch heute noch den Anspruch auf Gewährung einer Invalidenrente ausschließen kann. Die Generalkommission hat dem Reichswirtschaftsamt im Januar eine Eingabe überwiesen, in der darauf hingewiesen wird, daß die Gehälter der Angestellten des Reichsversicherungsamts in keiner Weise mehr den Verhältnissen entsprechen. Von den dort gewährten Teuerungszulagen sind die Hilfsboten und Hilfsbotinnen aus unerklärlichen Gründen ausge-

schlossen. Eine Antwort auf diese Eingabe haben wir bis heute noch nicht bekommen. Bei engerer Fühlungnahme des Reichsversicherungsamts mit den Leuten, die im Versicherungsleben stehen, würde sich vieles anders gestalten. Ich hoffe, daß man in Zukunft im Reichswirtschaftsamt mehr vorausschauend arbeiten wird, daß ein sozialerer Geist in das Reichswirtschaftsamt einziehen wird."

Der Staatssekretär Freih. v. Stein erwidert darauf: „Der Vorredner hat darauf hingewiesen, daß im Laufe des Krieges sich Härten in der Durchführung der sozialen Versicherungsgesetze ergeben haben. Die Tatsache ist der Regierung bekannt. Die Regierung sucht Wege, weitherzig und ohne juristischen Formalismus diese Härten zu mildern." — Der Titel „Reichswirtschaftsamt" wurde bewilligt. Bei der Aussprache über das Aufsichtsamt für Privatversicherung wurde vom Abg. Dr. Neumann-Hofer das Verhalten der Privatversicherungsgesellschaften kritisiert, die den Kriegsbeschädigten rechte Schwierigkeiten machen.

Die Abstimmung über die Resolutionen findet erst bei Beendigung der dritten Lesung des Reichshaushaltplanes statt.

Zum Ablauf der Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten.

Auf Grund des „Berliner Abkommens" vom 23. Dezember 1913 sind zwischen zahlreichen Kassen und Ärzten Anfang 1914 Verträge für die Dauer von fünf Jahren abgeschlossen worden. Ihre Gültigkeit läuft also mit Ende 1918 ab. Daher rüstet man von beiden Seiten zu neuen Vereinbarungen und, wenn es sein muß, Kämpfen. Die Ärzte erstreben beim Abschluß neuer Verträge eine Verbesserung der bisherigen Bedingungen, insbesondere, im Hinblick auf die Kriegsverhältnisse und die allgemeine Teuerung, eine wesentliche Erhöhung der bisherigen Gebühren. Demgegenüber verhalten sich die Krankenkassen keineswegs grundsätzlich ablehnend; sie verwahren sich im allgemeinen nur gegen zu weitgehende Ansprüche in dieser Hinsicht, sowie gegen die Annahme solcher Vertragsbedingungen, die auf eine schwere Beeinträchtigung der Versicherten hinauslaufen, wie z. B. die Einengung der Familienhilfe, die allgemeine Sonntagsruhe usw. So hat z. B. eine Versammlung der Vorstände und Verwaltungsbeamten der Krankenkassen von Groß-Berlin am 16. Mai eine Erklärung dahin beschlossen: „Die Versammelten sind darin einig, daß, den veränderten Verhältnissen entsprechend, auch eine Erhöhung des ärztlichen Honorars angebracht erscheint. Die Forderungen der Ärzte sind aber derart hochgespannt, daß ihre Erfüllung gleichbedeutend sein würde mit einer schweren Schädigung der Versicherten und mit einer Unterbindung jedes sozialhygienischen Forschritts. Die Versammlung hält es für dringend nötig, einen Kassenverband zu gründen, der sämtliche Kassen Groß-Berlins umfaßt und der eine einheitliche Regelung der Versorgung mit einer bestimmten Anzahl festangestellter Ärzte mit anständigem Jahreseinkommen übernimmt."

Die Ärzte sehen hierin einen Schritt auf dem Wege, die Kassenärzte ganz von den Vorständen abhängig, sie zu „Gesundheitsbeamten" der Kassen zu machen, wodurch allen anderen Ärzten nicht nur die kassenärztliche, sondern zum Teil auch jede privatärztliche Praxis verschlossen würde, zumal angesichts der Bestrebungen, die Verdienstgrenze für die Versicherungspflicht und die Einkommensgrenze für die Versicherungsberechtigung wesentlich hinaufzurücken.

Bei diesem Widerstreit der Anschauungen hat der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen empfohlen, eine Verständigung dahin anzustreben, daß die geltenden Verträge verlängert werden bis zum Schlusse des Kalenderjahrs, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet wird, und nur den Ärzten, die hierauf eingehen, eine Teuerungszulage zu gewähren. Eine für alle Verhältnisse passende Richtschnur könne freilich nicht gegeben werden. In manchen Fällen werde es ratsam sein, einen neuen Vertrag auf bestimmte Zeit, z. B. wieder auf fünf Jahre, zu schließen. Jedenfalls sei es ratsam, daß die Kassen sich nicht binden, ohne zunächst ein Gutachten des Hauptverbandes eingeholt zu haben.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Wann treten die Änderungen des Grundlohns nach den Verordnungen vom 22. November 1917 und 17. März 1918 in Kraft?

1. **Nach Berlin.** Frage: Wenn nach dem Aufsatz des Geh. Justizrats Hahn in Heft 13 von 1918 der durchschnittliche Tagesentgelt auf 8 und 10 *M* festgesetzt werden muß, müßte dann die Satzungsänderung nicht auch schon mit dem Tage in Kraft treten, mit welchem die Gesetzänderung in Kraft getreten ist? Es kann doch unmöglich den Kassen überlassen bleiben, zu bestimmen, mit welchem Tage ein Gesetz in Kraft treten soll.

Antwort: Zunächst besagen weder die Verordnungen des Bundesrats noch der Aufsatz von Hahn, daß der Grundlohn in irgendeinem Falle bis 10 *M* festgesetzt werden muß; das trifft nur bis 8 *M* zu. Im übrigen ist es an sich richtig, daß zwingende Gesetzesvorschriften auch ohne Aufnahme in die Satzung gelten (Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 1a zu § 324 RVO.); aber das trifft nur für solche Vorschriften zu, die einer näheren Ausgestaltung nicht bedürfen und ohne weiteres aus dem Gesetz in die Satzung übernommen werden könnten. Dazu gehören die Vorschriften über die Festsetzung der Grundlöhne nach § 180 RVO. und den beiden Verordnungen des Bundesrats nicht, weil sie hinsichtlich der näheren Ausgestaltung (Bestimmung der Klassen, Abmessung der Lohnstufen, Hinausgehen über 8 *M*, Änderung der Satzung oder einfacher Beschluß des Vorstandes) für ein freies Ermessen der berufenen

Kassenorgane Raum lassen und hierzu gegebenenfalls auch noch die Zustimmung des Oberversicherungsamts erfordern. Ehe hiernach ein gültiger Beschluß zustande gekommen ist, kann die Änderung der Grundlohnfestsetzung nicht wirksam werden. Die Verordnungen des Bundesrats aber sind mit dem Tage der Gesetzeskraft sofort insofern wirksam geworden, als sie die Kasse verpflichten, ohne Verzug das zu tun, was zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Hierzu würden nötigenfalls die gesetzlichen Zwangsmittel (§§ 30, 31, 326 Abs. 3, 379 Abs. 2 RVO.) anzuwenden sein.

Weiterversicherung eines Angestellten bei rückwirkender Erhöhung des Gehalts auf über 2500 ℳ.

2. **Nach M.** Antwort: Wird einem Versicherten, der nur bei einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst bis 2500 ℳ versicherungspflichtig ist (§ 165 Abs. 2 RVO.), eine Gehaltszulage, durch die jene Verdienstgrenze überschritten wird, mit Rückwirkung von einem früheren Zeitpunkte bewilligt, so kommt dies erst von der Bewilligung, also vom Zeitpunkt der Mitteilung an den Versicherten, nicht aber auch für die Vergangenheit in Betracht (Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 25c am Ende; ArbVers. 1907 S. 655). Erst mit der Mitteilung an den Versicherten also erlischt die Versicherungspflicht, und erst hiermit beginnt die Dreiwochenfrist für die Weiterversicherung nach § 313 Abs. 2 RVO.

Einfluß von Teuerungszulagen auf Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung.

3. **Nach Neuruppin.** Antwort: Teuerungszulagen und Kriegsbeihilfen sind, wenn sie nicht bloß als einmalige oder gelegentliche Leistungen, sondern in regelmäßiger Wiederkehr gewährt werden, dem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst im Sinne des § 165 Abs. 2 RVO. hinzuzurechnen (zu vgl. RVA. in ArbVers. 1917 S. 566, 816). Mit der Bewilligung solcher Zulagen und Beihilfen scheiden daher die im § 165 Abs. 2 bezeichneten Versicherten, sobald hierdurch ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst den Betrag von 2500 ℳ überschreitet, aus der Versicherungspflicht aus, aber sie haben das Recht der Weiterversicherung nach § 313 RVO. (§11 Ihrer Satzung; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2a zu § 313) oder, wenn sie die Frist dafür versäumt haben, das Recht des freiwilligen Beitritts nach §§ 176, 310 RVO. (§ 6 Ihrer Satzung).

Beschränkung der freiwillig Beitretenden auf Krankengeld (§ 215 Abs. 2 RVO.); Wirkung gegen schon vorher Beigetretene.

4. **Nach X.** Antwort: Vorweg ist zu bemerken, daß die Beschränkung auf das Krankengeld nach § 215 Abs. 2 RVO. keineswegs, wie Sie nach der Anfrage anzunehmen scheinen, für alle freiwilligen Mitglieder eingeführt werden kann; vielmehr ist sie nur hinsichtlich derjenigen zulässig, die „freiwillig beitreten" (§§ 176, 310), nicht auch hinsichtlich derjenigen, die sich freiwillig mitversichern (§ 313). Die Frage aber, ob eine solche Satzungsbestimmung auch für die vor dem Inkrafttreten Beigetretenen gilt, ist auf Grund des § 211 zu beantworten. Grundsätzlich bemessen sich die Ansprüche der Kassenmitglieder nicht nach der Satzung, die bei ihrem Eintritt in die Kasse, sondern nach der Satzung, die beim Eintritt des Versicherungsfalls gilt. Das ergibt sich gerade aus der im § 211 vorgesehenen Ausnahme, wonach durch Satzungsänderung die Leistungen erhöht, nicht aber herabgesetzt werden können (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 und 2 zu § 211). Der Grundsatz wie die Ausnahme sind auch im Fall einer Satzungsänderung nach § 215 Abs. 2 anzuwenden. Danach behalten die schon vorher beigetretenen Mitglieder ihre bisherigen vollen Ansprüche auf Kassenleistungen nur, wenn beim Inkrafttreten der Satzungsänderung der Versicherungsfall bereits eingetreten war, während sie in den erst später eintretenden Versicherungsfällen auf das Krankengeld beschränkt sind. Die Ermäßigung der Beiträge (§ 215 Abs. 3) wird in allen Fällen sofort mit dem Inkrafttreten der Satzung wirksam.

Beendigung des Versicherungsverhältnisses der für ein Halbjahr angenommenen Industrielehrerinnen.

5. **Nach Bühl.** Antwort: Die Industrielehrerin war nur für das Winterhalbjahr von der Gemeinde angenommen. Das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis endet mit dem Zeitpunkt, in welchem tatsächlich die Beschäftigung aufhört, ohne daß die Industrielehrerin noch weiter der Gemeinde zur Verfügung zu stehen braucht. Das war der letzte Schultag des Winterhalbjahres; denn nach ihm braucht die Lehrerin nicht mehr zu unterrichten. Wenn sie ursprünglich bis zu einem späteren Zeitpunkt angenommen worden war, nämlich bis zum 30. April, so geschah das offenbar nur, weil bei der Annahme noch nicht feststand, wie lange der Unterricht dauern würde und die Gemeinde bis zu seinem Schlusse sich die Dienste der Lehrerin sichern wollte. Anders liegen natürlich jene Fälle, in denen es sich um eine dauernde Anstellung handelt. Bei einer solchen währt das Versicherungsverhältnis auch während der Ferien fort.

Anrechnung von Kriegsdienstzeiten in der Invalidenversicherung.

6. **Nach Rossen.** Antwort: Personen des Soldatenstandes, die in Privatbetrieben beschäftigt werden, unterliegen der gesetzlichen Invalidenversicherung nur, wenn sie „beurlaubt" nicht auch wenn sie „kommandiert" sind (Entsch. des RVA. 2937 Amtl. Nachr. 1917 S. 245, ArbVers. 1917 S. 323, Spalte 1 unten; zu vgl. auch ArbVers. 1918 Heft 5 S. 92). Soweit sie hiernach versicherungspflichtig sind, werden ihnen aber, wenn sie entweder dem § 1393 Abs. 2 RVO. oder dem § 1 der Bek. v. 23. 12. 15 (ArbVers. 1916 S. 39) genügt haben, die Militärdienstzeiten als Beitragszeiten angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Dies gilt auch für Soldaten, die von einem Lazarett vorübergehend zur Arbeitsleistung abgegeben werden; entscheidend ist allein, daß das militärische Dienstverhältnis fortbesteht (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kriegsverordnungen zur InvVers. S. 4 Anm. 2 zu § 1 der Bek. v. 26. 11. 14). Über die Voraussetzungen der Anrechnung nach § 1393 Abs. 2 RVO. verweisen wir auf die Entsch. des RVA. 2272 Amtl. Nachr. 1916 S. 750, ArbVers. 1917 S. 135.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S.14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet [illegible] von [illegible], fortgeführt [illegible] von Dr. [illegible] und [illegible] von Dr. [illegible]

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. [illegible]; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. [illegible]; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1218 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. | 1. Juli 1918. | Heft 19

Die Rentenleistungen der Angestelltenversicherung im Vergleich mit denen der Invalidenversicherung.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

Der 1. Januar 1918 war ein für die Angestelltenversicherung bedeutsamer Termin. An diesem Tage waren nämlich die ersten 60 Beitragsmonate seit dem Inkrafttreten des Gesetzes verflossen, so daß frühestens an diesem Tage von einer weiblichen Versicherten die Wartezeit für das Ruhegeld (§ 48 AVG.) erfüllt sein konnte. Ebenso konnte nach § 396 AVG. frühestens an diesem Tage die Wartezeit für die Hinterbliebenen eines Versicherten erfüllt sein. Denn die Fälle der freiwilligen Abkürzung der Wartezeit (§ 395 AVG.) sind an Zahl viel zu gering gewesen, um eine irgendwie ins Gewicht fallende praktische Bedeutung zu haben. Mit Rücksicht auf die Bestimmungen der Bundesratsverordnung vom 26. 8. 1915 (RGBl. S. 531), wonach die Kriegsdienstleistungen abweichend vom § 51 AVG. Nr. 1 u. 2 nicht bloß auf die Erhaltung der Anwartschaft, sondern auch für die Erfüllung der Wartezeit anzurechnen sind, werden jetzt auch Hinterbliebene von verstorbenen oder gefallenen Kriegsteilnehmern in steigender Zahl Anträge auf Hinterbliebenenrente stellen können. Bei dieser Sachlage darf die Frage nach der Höhe der durch das AVG. eingeführten Versorgung jetzt besonderes Interesse beanspruchen. Gegenüber der immer stärker anschwellenden Bewegung, die ganze Angestelltenversicherung in ihrer jetzigen Form zu beseitigen und durch eine Eingliederung in die allgemeine Invalidenversicherung zu ersetzen, machen die Anhänger der Sonderorganisation immer geltend, daß hierdurch den Angestellten eine ihren besonderen Verhältnissen entsprechende höhere Versorgung geboten werde als in der allgemeinen Invalidenversicherung. Wie wenig die Ansicht von den hohen Renten der Angestelltenversicherung zutreffend ist, werden die folgenden Ausführungen darlegen.

I. Das Ruhegeld der weiblichen Versicherten bei der verkürzten Wartezeit von 60 Beitragsmonaten. Bis zur Erfüllung der ordentlichen Wartezeit von 120 Beitragsmonaten werden nur die ersten 60 Beitragsmonate bei der Berechnung des Ruhegelds berücksichtigt. Die überschießenden bleiben ohne jeden Einfluß auf die Höhe des Ruhegelds. Während die Invalidenversicherung den Grundbetrag nach den vorhandenen höchsten Beiträgen berechnet, kommt es hier nur auf die ersten 60 Monatsbeiträge an; nur deren Höhe beeinflußt das Ruhegeld. Das ist für die Versicherten ungünstig, weil sie naturgemäß bei dem Eintritt in die Versicherung ein geringeres Gehalt beziehen, zu Anfang also in einer niedrigeren Lohnklasse versichert sind und erst bei steigendem Gehalt in die höheren Lohnklassen der Versicherung

einrücken. Nehmen wir an, eine weibliche Person sei mit 17 Jahren bei einem Monatsgehalt von 90 *M* als Bureauangestellte versicherungspflichtig geworden. Für sie würden daher in der Gehaltsklasse C (850—1150 *M*) monatlich 4,80 *M* an Beiträgen zu entrichten sein, in einem Jahre also 57,60 *M*. Steigt nach einem Jahre das Gehalt auf 100 *M* monatlich, so wären bei 1200 *M* Jahresarbeitsverdienst in Gehaltsklasse D (1150—1500 *M*) 6,80 *M* monatlich, also jährlich 81,60 *M* zu zahlen. In dieser Gehaltsklasse bleibt die Versicherte, solange ihr Jahresverdienst 1500 *M* nicht übersteigt. Setzen wir den Fall, daß sie nach weiteren 3 Jahren ein Gehalt von über 1500 *M* erlangt hätte, so wären in der Gehaltsklasse E 9,60 *M* monatlich, also 115,20 *M* jährlich an Beiträgen zu entrichten. Für eine weibliche Bureauangestellte wird eine höhere Gehaltsklasse in der Regel nicht in Frage kommen; denn daß ihr Jahreseinkommen 2000 *M* übersteigen sollte, wird immer nur eine Ausnahme sein. Dabei wird natürlich von normalen Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt ausgegangen; die jetzigen Teuerungsverhältnisse und dem entsprechend hohen Löhne für Beschäftigte aller Art können als Ausnahmeerscheinung außer Betracht bleiben. Für diese weibliche Versicherte sind demnach an Beiträgen gezahlt worden:

im ersten Jahre	57,60 *M*
„ zweiten „	81,60 *M*
„ dritten „	81,60 *M*
„ vierten „	81,60 *M*
„ fünften „	115,20 *M*
zusammen	417,60 *M*

Von jetzt an ist die Wartezeit für das Ruhegeld erfüllt. Das Ruhegeld würde ¼ der eingezahlten Beiträge, also 104,40 *M* jährlich, betragen. An dieser Höhe des Ruhegeldes ändert sich nichts, solange nicht eine Wartezeit von insgesamt 120 Beitragsmonaten zurückgelegt ist. Auch wenn noch 59 Monatsbeiträge entrichtet werden, in unserem Beispiel in der letzten Gehaltsklasse, also 59 × 9,60 *M* = 566,40 *M* gezahlt werden, würde das Ruhegeld doch nur 104,40 *M* betragen, angesichts einer gesamten Beitragsleistung von fast 1000 *M* gerade keine glänzende Versicherungsleistung! Dabei werden Fälle der Berufsunfähigkeit bereits in der Mitte der 20 er Jahre, noch vor einer Wartezeit von 120 Beitragsmonaten, keineswegs Ausnahmefälle sein. Man denke nur an die Tuberkulose. Je frühzeitiger diese Volksseuche die Berufsunfähigkeit des Erkrankten herbeiführt, desto rapider pflegt der Verlauf zu sein, so daß der Rentenempfänger bald stirbt, also nur verhältnismäßig kurze Zeit im Genusse seiner Rente bleibt. Er wird nur in seltenen Fällen die Rente solange beziehen, daß die Rentenzahlungen die Höhe der eingezahlten Beiträge erreichen.

Wie steht es nun mit der Invalidenversicherung? Unsere Bureauangestellte unterlag gleichzeitig der Invalidenversicherung. Nehmen wir an, daß für sie im ersten Jahre Beiträge IV. Lohnklasse zu je 42 *₰* wöchentlich und in den folgenden solche V. Lohnklasse zu je 50 *₰* entrichtet sind, so weist sie nach 5 Jahren 52 Beiträge zu 42 *₰* und 208 Beiträge zu 50 *₰* nach; insgesamt sind also an Beiträgen 125,84 *M* gezahlt worden. Tritt jetzt die Invalidität ein, so würde die Invalidenrente 159,92 *M* jährlich betragen, also höher sein, als der Gesamtwert der eingezahlten Beiträge. Dabei ist zu beachten, daß die Wartezeit für die Invalidenrente nur 200 Beitragswochen beträgt. In unserem Beispiel würde die Versicherte schon nach 200 Beitragswochen im Falle ihrer Invalidität Anspruch auf eine Invalidenrente von 147,92 *M* haben, während sie in diesem Falle in der Angestelltenversicherung überhaupt noch keinen Anspruch hätte. Durch jeden weiteren Beitrag erhöht sich auch die Invalidenrente. Wäre die Versicherte noch einige Jahre versicherungspflichtig tätig geblieben und hätte weiter Marken der V. Lohnklasse verwendet, so würde durch jede Marke V. Lohnklasse bis zu 500 Beiträgen die Rente jährlich um 20 *₰* steigen. Bis zu der Zeit, wo die Versicherte im ganzen 119 Beitragsmonate in der Angestelltenversicherung zurückgelegt hat, kann sie noch 255 Beiträge V. Lohnklasse im Betrage von

127,50 *M* beibringen. Dann stände ihr eine Invalidenrente von 210,02 *M* zu, während dagegen, wie wir oben gesehen haben, das Ruhegeld in der Angestelltenversicherung unverändert auf 104,40 *M* stehen geblieben ist, trotz der doch nicht unerheblichen weiteren Beitragsleistungen von 566,40 *M*. Dabei sind etwaige Krankheitszeiten unberücksichtigt geblieben. In der Angestelltenversicherung hätten sie nur zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft gedient, hätten also die Erfüllung der Wartezeit hinausgeschoben, in der Invalidenversicherung wären sie auch auf die Wartezeit wie Beiträge II. Lohnklasse angerechnet worden.

II. Nehmen wir an, es hätte sich in unserem Beispiel nicht um eine weibliche Versicherte, sondern um einen verheirateten Versicherten, z. B. den Bureauangestellten eines Rechtsanwalts oder den Handlungsgehilfen in einem kleineren Betriebe gehandelt, so würde er selbst bei vorzeitigem Eintritt der Berufsunfähigkeit, also nach Zurücklegung von 60 Beitragsmonaten, aber vor Erfüllung der ordentlichen Wartezeit von 120 Beitragsmonaten, keinen Anspruch auf irgendwelche Zuwendungen haben. Nach seinem Tode hätten seine Witwe und Kinder unter 18 Jahren gemäß § 396 AVG. Anspruch auf Hinterbliebenenrente. Die Witwenrente wird nach einem Ruhegeld berechnet, das ein Viertel des Wertes der in den ersten 60 Beitragsmonaten entrichteten Beiträge beträgt. Die darüber hinaus verwendeten Beiträge, solange die Wartezeit von 120 Beitragsmonaten nicht erfüllt ist, scheiden für die Rentenberechnung wieder aus. In unserem Beispiele würde die Witwe also 41,76 *M* Witwenrente **jährlich** erhalten. Als Waisenrente wird $^1/_5$ der Witwenrente gewährt, also 8,35 *M* **jährlich!** Jedes Wort der Kritik über die „Höhe" dieser Hinterbliebenenversorgung erübrigt sich wohl.

Diese glänzende Versorgung der Hinterbliebenen ist nur eine **Übergangsvorschrift**, sie wird nur für die ersten 10 Jahre seit dem Inkrafttreten des Gesetzes in Aussicht gestellt, also bis Ende 1922. Wenn später der Tod des männlichen Versicherten vor Erfüllung der ordentlichen Wartezeit von 120 Beitragsmonaten eintritt, haben die Hinterbliebenen gar keine Ansprüche, abgesehen von der Erstattung der halben Beiträge, die aber auch nur als Übergangsmaßnahme bis Ende 1927 vorgesehen ist.

In der Invalidenversicherung ist die Lage des Versicherten insofern besser, als er selbst schon nach Erfüllung der Wartezeit von 200 Beitragswochen bei Eintritt der Invalidität Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Für die Höhe der Rente gilt das oben unter I Gesagte mit der Maßgabe, daß für jedes unter 15 Jahre altes Kind des Rentenempfängers ein Kinderzuschuß von $^1/_{10}$ der Invalidenrente gezahlt wird. Die Angestelltenversicherung kennt derartige Kinderzulagen nicht.

Wie steht es nun mit der Hinterbliebenenversicherung? Die Witwe hat einen Anspruch auf Witwenrente erst dann, wenn sie selbst invalide ist. Darin liegt unzweifelhaft eine Schlechterstellung gegenüber der Angestelltenversicherung, wo die Witwe sofort Anspruch auf Witwenrente hat. Vergegenwärtigt man sich jedoch die geringe Höhe der Witwenrente bei der Angestelltenversicherung, so wird man zugeben müssen, daß die 41,76 *M* jährlich wirtschaftlich für die Witwe nicht ins Gewicht fallen. In der Invalidenversicherung würde die Witwenrente, wenn die Invalidität oder der Tod des Mannes nach 5 Jahren (260 Beitragswochen) eintritt, seine Invalidenrente also 159,92 *M* zuzüglich $^1/_{10}$ für jedes Kind unter 15 Jahren beträgt, sich auf 82,98 *M* und die Waisenrente für jedes Kind auf 41,48 *M* jährlich belaufen gegenüber 8,35 *M* in der Angestelltenversicherung. Bei einer Beitragsentrichtung von 200 Beitragswochen beträgt die Witwenrente 79,38 *M*, die Waisenrente 39,69 *M*, während bei der Angestelltenversicherung in diesem Falle noch gar kein Anspruch besteht. Nach 119 Beitragsmonaten (515 Beitragswochen) würde die Witwenrente 98,01 *M* und die Waisenrente 49 *M*

betragen. Zur besseren Anschaulichkeit seien die genaueren Zahlen für beide Versicherungszweige nachstehend noch einmal gegenübergestellt:*)

Geleistete Beiträge:				Leistungen:					
in der Inv. Vers.		in der Angest. Vers.							
Zahl in Beitragswochen	Wert M	Zahl in Beitragsmonaten	Wert M	Invalidenrente M	Ruhegeld M	Witwenrente in der Inv. Vers.	Witwenrente in der Angest. Versicher	Waisenrente in der Inv. Vers	Waisenrente in der Angest. Versicher.
200	95,84	48	302,40	147,92 und 1/10 Kriegszuschuß	Kein Anspruch, weil Wartezeit nicht erfüllt.	79,38	Kein Anspruch, weil Wartezeit nicht erfüllt	39,69	Kein Anspruch, weil Wartezeit nicht erfüllt
260	125,84	60	417,60	159,92 und 1/10 Kriegszuschuß	104,40 nur bei weibl. Versicherten	82,98	41,76	41,48	8,35
515	253,34	119	984,80	210,02 und 1/10 Kriegszuschuß	104,40 nur bei weibl. Versicherten	98,01	41,76	49,—	8,35

III. Ein 16 jähriger tritt, nachdem er die Berechtigung zum einjährig-freiwilligen Dienst erlangt hat, in ein Bankgeschäft als Lehrling ein. Während der 3 jährigen Lehrzeit erhält er im ersten Jahre eine Entschädigung von 30 M monatlich, im zweiten Jahre von 40 M und im dritten Jahre von 50 M. Außerdem wird ihm zu Weihnachten eine Gratifikation von 75 M im ersten, von 100 M im zweiten und von 125 M im dritten Jahre gezahlt. Während der Dauer der Lehrzeit liegt Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung nicht vor. Nach Beendigung der Lehrzeit genügt der junge Mann seiner Dienstpflicht und tritt darauf in einem Bankgeschäft als Angestellter mit einem Monatsgehalt von 125 M ein. Dann beginnt erst von jetzt ab seine Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung.

Anders in der Invalidenversicherung. Hier sind Lehrlinge mit dem angegebenen Entgelt versicherungspflichtig, da der Betrag zu hoch ist, um als sogenanntes Taschengeld ohne wirtschaftliche Bedeutung gelten zu können. Die an die Lehrzeit anschließende Militärdienstzeit wird gemäß § 1393 RVO. wie Beitragswochen II. Lohnklasse angerechnet, so daß der Versicherte nach der Erfüllung der Dienstpflicht bereits die Wartezeit für die Invalidenrente zurückgelegt hat, während er, wie wir gesehen haben, erst jetzt in die Angestelltenversicherung eintritt. Nehmen wir nun an, sein Gehalt würde im nächsten Jahre um 300 M und darauf alle 2 Jahre um den gleichen Betrag steigen, dann käme folgende Beitragsleistung für ihn in Betracht:

1.	Jahr	1500 M	Gehaltsklasse	D	monatlich	6,80 M,	jährlich	81,60 M
2.	„	1800 M	„	E	„	9,60 M	„	115,20 M
3.	„	1800 M	„	E	„	9,60 M	„	115,20 M
4.	„	2100 M	„	F	„	13,20 M	„	158,40 M
5.	„	2100 M	„	F	„	13,20 M	„	158,40 M
6.	„	2400 M	„	F	„	13,20 M	„	158,40 M
7.	„	2400 M	„	F	„	13,20 M	„	158,40 M
8.	„	2700 M	„	G	„	16,60 M	„	199,20 M
9.	„	2700 M	„	G	„	16,60 M	„	199,20 M
10.	„	3000 M	„	G	„	16,60 M	„	199,20 M

*) Die durch die Bundesratsverordnung vom 3. 1. 18 eingeführte Teuerungszulage von 8 M monatlich für jede Invalidenrente und 4 M für jede Witwenrente der Invalidenversicherung ist hier und im folgenden unberücksichtigt geblieben, weil diese Zulagen als Folgen der Kriegsteuerung zunächst nur für 1918 vorgesehen sind, wenn auch mit Bestimmtheit zu erwarten ist, daß eine Rentenerhöhung — und zwar in veredelter Form — auch für später eingeführt werden wird. Würde man diese Sonderzulage berücksichtigen, so würde sich das Bild noch mehr zuungunsten der Angestelltenversicherung verschieben.

Hiermit ist die ordentliche Wartezeit von 10 Jahren für das Ruhegeld erfüllt.

Insgesamt sind in den 10 Jahren 1543,20 ℳ an Beiträgen gezahlt worden. Das Ruhegeld würde also in diesem Zeitpunkt 385,80 ℳ, die Witwenrente 154,32 ℳ, und die Waisenrente für jede Waise 30,86 ℳ jährlich betragen. Hat der Versicherte inzwischen militärische Pflichtübungen gemacht oder seine Tätigkeit behufs Besuchs einer staatlich anerkannten Lehranstalt (Handelshochschule) unterbrochen oder war er infolge von Krankheit an der Fortsetzung seiner Berufstätigkeit zeitweise verhindert, so wird um alle diese Zeiträume die Erfüllung der Wartezeit hinausgeschoben. Diese sog. Ersatztatsachen werden ihm als Beitragsmonate lediglich zur Erhaltung der Anwartschaft angerechnet.

Für die weitere Gestaltung seines Einkommens und damit der Beitragsentrichtung nehmen wir folgendes an: Auf der Gehaltsstufe von 3000 ℳ soll er im ganzen 4 Jahre bleiben, darauf soll er 4 Jahre 3600 ℳ, weitere 4 Jahre 4000 ℳ, je 4 Jahre 4400 und 4800 ℳ beziehen. Insgesamt 30 Jahre nach dem Eintritt soll das Gehalt 5000 ℳ erreicht haben. Wenn er auf dieser Stufe 6 Jahre bleibt und dann ein höheres Gehalt bezieht, so würde er also bis zu seinem 55. Lebensjahre versicherungspflichtig bleiben. Seit Erfüllung der Wartezeit sind demnach insgesamt 6986,40 ℳ an Beiträgen für den Versicherten gezahlt worden. Bei der Berechnung des Ruhegeldes werden diese Beiträge nur zu $^1/_8$ berücksichtigt; es kommen also zu den oben nach zehnjähriger Beitragsleistung gefundenen 385,80 ℳ noch 873,30 ℳ hinzu. Insgesamt würde also unser Versicherter nach 35 jähriger Beitragsleistung im Werte von 8529,60 ℳ ein Ruhegeld von 1259,10 ℳ zu beanspruchen haben. Dem entspricht eine Witwenrente von 503,64 ℳ und eine Waisenrente von 100,73 ℳ jährlich.

Da die Erreichung der Höchstgrenze für die Versicherungspflicht nach Erfüllung der Wartezeit eingetreten ist, hat der Versicherte nunmehr die Wahl, ob er die Anwartschaft durch die Zahlung der jährlichen Anerkennungsgebühr von 3 ℳ oder durch freiwillige Weiterversicherung aufrecht erhalten will. Nach § 49 AVG. müßte er, wenn er letzteren Weg wählte, jährlich mindestens 4 Monatsbeiträge entrichten. Die Zahlung der Anerkennungsgebühr ist für den Versicherten einfacher und billiger, hat aber den Nachteil, daß die Rente unverändert bleibt, während die Weiterversicherung eine Erhöhung der Rente bringt, allerdings nur um $^1/_8$ des Werts der eingezahlten Beiträge. Voraussichtlich wird in der Mehrzahl der Fälle der Versicherte die billigere Zahlung der Anerkennungsgebühr vorziehen, zumal wenn ihm die Erziehung der Kinder — Berufsausbildung oder auch Ausstattung von Töchtern — größere Kosten verursacht hat, vielleicht ihn auch zur Aufnahme von Schulden genötigt hat. Gerade wenn anspruchsberechtigte Kinder nicht oder nicht mehr vorhanden sind, bietet die Weiterversicherung zu wenig. Für die Witwenrente kommt nur $^1/_{20}$ der für die Weiterversicherung gezahlten Beiträge in Betracht; 100 ℳ Beiträge jährlich bringen nur 5 ℳ mehr an Witwenrente, also wenn man den gegenwärtigen Zinsfuß zugrunde legt, noch nicht einmal die Verzinsung wie bei den Kriegsanleihen des Reichs.

Wenden wir uns nun zu der Invalidenversicherung, so sehen wir, daß unser Versicherter schon vor dem Eintritt in die Angestelltenversicherung die Wartezeit für die Invalidenversicherung erfüllt hatte. Solange sein Gehalt 2000 ℳ jährlich noch nicht überstieg, unterlag er auch der Invalidenversicherungspflicht, also in unserem Beispiel noch 3 Jahre. Nachdem sein Gehalt die Grenze von 2000 ℳ überschritten hatte, stand es ihm frei, sich weiter zu versichern. Zur Erhaltung der Anwartschaft mußte er alle 2 Jahre, vom Ausstellungstage jeder Quittungskarte gerechnet, mindestens 20 Wochenbeiträge einer beliebigen Lohnklasse entrichten. Zeiten militärischer Übungen oder Krankheitszeiten können jetzt, wo die

Versicherungspflicht aufgehört hat, nicht mehr angerechnet werden. Wenn der Versicherte in der Erwägung, daß er bis zur Erfüllung der Wartezeit in der Angestelltenversicherung im Falle frühzeitiger Berufsunfähigkeit an diese keine Ansprüche stellen kann, in der weiteren Erwägung, daß die Beiträge für die Invalidenversicherung selbst in der höchsten Klasse bei regelmäßiger Zahlung jährlich nur 26 *M* betragen, in dieser Lohnklasse sich weiterversichert, so würde er bis zu seinem 55. Lebensjahre noch 1664 Beiträge V. Lohnklasse beizubringen haben. In diesem Zeitpunkte würde er mithin nachweisen auf Grund der Versicherungspflicht 156 III. Klasse, 156 V. Klasse, 52 II. Klasse (Anrechnung der Militärdienstzeit), dazu 1664 Beiträge V. Klasse auf Grund der Weiterversicherung. Er hätte dafür eingezahlt im ganzen 963,04 *M*. Dafür würde er zu diesem Zeitpunkt eine Invalidenrente von 384 *M*, seine Witwe eine Witwenrente von 150,20 *M*, und jede Waise eine Waisenrente von 75,10 *M* zu beanspruchen haben. Während, wie wir oben gesehen haben, bei der Angestelltenversicherung die Beiträge nach Erfüllung der Wartezeit von 120 Beitragsmonaten das Ruhegeld nur um 1/8 und die Witwenrente nur um 1/20 des weiter gezahlten Beitrags erhöhen, wird in der Invalidenversicherung durch Beibringung jeder Marke von 50 *Pf* die Invalidenrente um 12 *Pf*, also mehr als 1/4, und die Witwenrente um 3,6 *Pf*, also um fast 1/14, erhöht. Hätte sich der Versicherte darauf beschränkt, nur die zur Erhaltung der Anwartschaft erforderliche Mindestzahl von Beiträgen (20 innerhalb 2 Jahren) zu entrichten, so hätte er 320 Beiträge zu verwenden und dafür in der V. Lohnklasse 160 *M* in den 32 Jahren zu zahlen gehabt. An Versicherungsleistungen würden ihm dann im Alter von 55 Jahren zugestanden haben: Invalidenrente von 256,32 *M*, Witwenrente von 111,89 *M*, Waisenrente von 55,95 *M*. Die Gesamtaufwendungen für die Beitragsleistungen würden sich dabei nur auf 291,04 *M* belaufen.

Was lehrt uns nun diese Gegenüberstellung von Angestellten- und Invalidenversicherung? Zunächst sind im Verhältnis zu den eingezahlten Beiträgen bei der Angestelltenversicherung die Rentenleistungen wesentlich ungünstiger für die Versicherten als bei der Invalidenversicherung. Abgesehen von der schon erwähnten verschiedenen Behandlung der Ersatztatsachen und dem Fehlen von Kinderzuschußrenten fällt auch ins Gewicht, daß die Vorschriften über das Erlöschen der Anwartschaft insofern ungünstiger sind, als eine endgültig erloschene Anwartschaft nie mehr aufleben kann und als, wenigstens bis zur Erfüllung der Wartezeit, die Aufrechterhaltung der Anwartschaft verhältnismäßig kostspieliger ist. Auch darin stehen die Versicherten der Angestelltenversicherung schlechter, daß ihnen Zeiten früheren Rentenbezugs nicht angerechnet werden, und daß in den Fällen der §§ 58, 73, 74 AVG. eine Kürzung und ein Ruhen der Bezüge vorgesehen ist.

Man könnte mir entgegenhalten, Angestelltenversicherung und Invalidenversicherung ließen sich deshalb nicht miteinander vergleichen, weil, abgesehen von der Erreichung des 65. Lebensjahres, der Versicherungsfall ein verschiedenartiger bei beiden Versicherungszweigen sei. Berufsunfähigkeit und Invalidität sind qualitativ keine verschiedenartigen Begriffe, sondern unterscheiden sich lediglich quantitativ.*) Die Invalidität erfordert eine weitere Abnahme der Erwerbsmöglichkeit um 16⅔ v. H. als die Berufsunfähigkeit, die bereits bei einer Einbuße von 50 v. H. eintritt. In den Kreisen der versicherten Angestellten gibt man sich offenbar hier vielfach falschen Auffassungen hin; hier wäre es Aufgabe der Verbände aufklärend zu wirken, daß es einen Sonderbegriff der Berufsunfähigkeit nicht gibt. Der quantitative Unterschied zwischen Berufsunfähigkeit und Invalidität ist praktisch so

---

*) Kaskel: „Gründe und Gegengründe einer Sonderversicherung der Angestellten" in der Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft, 17. Bd. Heft 5.

gering, daß der Einwand, man könne beide Versicherungszweige in ihren Leistungen nicht miteinander vergleichen, durchaus hinfällig ist.

Die Ergebnisse der vorstehend erörterten praktischen Fälle beweisen weiter, ganz abgesehen von dem für die Angestelltenversicherung so ungünstig ausfallenden Vergleich mit der Invalidenversicherung, daß die Versorgung der Angestellten keineswegs eine besonders glänzende ist. In den Kreisen der Angestellten kann man öfter die Auffassung hören, als ob ihnen durch die Sonderversicherung eine genügende an die Pension der Beamten heranreichende Versorgung gewährt werde. Die hohen Beiträge in der Angestelltenversicherung sind nur zu geeignet, eine solche Auffassung zu nähren. Wie irrig sie aber ist, ergibt sich, wenn man erwägt, daß ein Beamter mit einem Diensteinkommen von 5000 *M* nach 35 Dienstjahren eine Pension von 3541 *M*, eine Witwenpension von 1416,40 *M* und ein Waisengeld von 283,28 *M* erdient hätte, während, wie in dem Fall des Bankangestellten dargelegt ist, nach 35 jähriger Versicherungsdauer, davon 13 Jahre in der höchsten Gehaltsklasse, ein Ruhegeld von 1259,10 *M*, eine Witwenrente von 503,64 *M* und eine Waisenrente von 100,75 *M* für jedes Kind gewährt wird. Daß es bei dem Beamten nicht darauf ankommt, wie lange er das der Pensionierung zugrunde gelegte Gehalt schon bezieht, sei nur nebenbei erwähnt.

Gefördert werden die unbegründeten Erwartungen der Angestellten durch eine Übersicht über die Versicherungsleistungen, die der Begründung zum Entwurf des Angestelltenversicherungsgesetzes beigefügt war. Dort ist dargelegt, wie hoch die einzelnen Leistungen nach 10, 25 und 50 jähriger Versicherungsdauer in den einzelnen Gehaltsklassen sind. Wenn dort berechnet ist, daß nach einer Versicherungsdauer von 50 Jahren in der höchsten Gehaltsklasse (4000—5000 *M*) das Ruhegeld 2394 *M*, die Witwenrente 957,10 *M* und die Waisenrente 191,52 *M* betragen würde, so haben diese Zahlen, wenn sie auch hinter der Versorgung der Beamten beträchtlich zurückbleiben, doch etwas Bestechendes. Freilich wird es wohl kaum jemals einen Versicherten geben, der in den Genuß derartiger Renten gelangt. Um im Alter von 66 Jahren Anspruch auf diese Renten zu haben, müßte der Versicherte vom Beginn der Versicherung, also vom vollendeten 16. Lebensjahre ab, ununterbrochen in der höchsten Gehaltsklasse Beiträge entrichten. Es liegt auf der Hand, daß ein solcher Fall zwar theoretisch möglich ist, sich aber praktisch nie ereignen wird. Eine Übersicht, die derartige Zusammenstellungen bringt, kann nur irreführend wirken.

Eine Reform der Invalidenversicherung in der Richtung der Erhöhung der Leistungen und eines Ausbaus nach bevölkerungspolitischen Grundsätzen steht in naher Aussicht. Das ist der richtige Augenblick, auch an die verfehlte Angestelltenversicherung die bessernde Hand zu legen. Die Beseitigung des besonderen Versicherungsträgers und der besonderen Versicherungsbehörden und die organische Verbindung der Angestelltenversicherung wie der allgemeinen Invalidenversicherung würde im wohlverstandenen Interesse der Angestellten liegen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 4 der **Amtl. Nachr.** vom 15. April 1918.)

I. Unfallversicherung.

Die Bekanntmachung über Geltendmachung von Ansprüchen von Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz haben, v. 7. 8. 14 (RGBl. S. 360) gilt auch, wenn die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft wegen eines vor dem 31. Juli 1914 eingetretenen Unfalls erst mit oder nach diesem Tage beginnt (2981 S. 271).

Wenn ein Bauunternehmer, der Prämien schuldet, ins Ausland gegangen ist, kann der Bauherr aus § 819 RVO. an Stelle des Unternehmers haftbar gemacht werden, auch ohne daß dessen Zahlungsunfähigkeit feststeht (2982 S. 272).

Einem Zeugen oder Sachverständigen steht eine Beschwerde wegen seiner eidlichen Vernehmung aus dem Grunde, daß die Vereidigung nicht im Sinne des § 1571 Abs. 3 RVO. notwendig sei, nicht zu (2983 S. 273).

Der Einspruch gegen die Festsetzung der von den Mitgliedern der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Elsaß-Lothringen aufzubringenden Beiträge (§§ 3 und 5 des für Elsaß-Lothringen erlassenen Ausf. Ges. zur RVO. v. 5. 8. 12) ist nur insoweit zulässig, als er gegen Grundlagen der Einschätzung gerichtet ist, die vom Genossenschaftsvorstande selbst festgesetzt sind und von ihm abgeändert werden können, jedoch nicht gegen die von der Genossenschaftsversammlung ermittelte Zahl der Arbeitstage (Einheitszahlen). — Der Beitragsberechnung ist (im Sinne des § 3 Ausf. Ges.) der Ortslohn der Gemeinde, in deren Gemarkung das Grundstück liegt, zugrunde zu legen, auch wenn das Grundstück von einer anderen Gemeinde aus bewirtschaftet wird (2984 S. 273).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

An den Revisionsentscheidungen 431 und 813 (Amtl. Nachr. 1895 S. 221, 1900 S. 662), wonach auf die vorgesetzliche Wartezeit, abgesehen von einer bereits versicherungspflichtigen Beschäftigung, nur eine im unmittelbaren Anschluß an die Wartezeit versicherungspflichtig gewordene Tätigkeit angerechnet werden darf, ist festzuhalten (Großer Senat. — 2427 S. 288).

Wiedereinsetzung in den vorigen Stand setzt auch im Falle des Abs. 2 des § 131 RVO. voraus, daß die Nichteinhaltung einer gesetzlichen Verfahrensfrist nicht auf ein Verschulden der Partei zurückzuführen ist (2428 S. 290).

Die Höchstgrenze des Erstattungsanspruchs nach § 9 der Bek. über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges v. 28. 1. 15 in Verbindung mit § 197 RVO. ist nicht getrennt nach dem Betrage des Wochengeldes und der übrigen Wochenhilfeleistungen, sondern nach dem Gesamtbetrage der Wochenhilfeleistungen zu bemessen, den die erstattungspflichtige Kasse bei eigener Leistungspflicht zu gewähren gehabt hätte. Zu vgl. Entsch. 2146 Amtl. Nachr. 1916 S. 350 (2429 S. 292).

Bei Versicherungspflichtigen, die gleichzeitig in verschiedenen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen stehen (§ 309 RVO.) tritt ohne weiteres eine Änderung der Kassenzugehörigkeit ein, wenn infolge Änderung in den Beschäftigungsverhältnissen eine andere Beschäftigung die überwiegende ist (2430 S. 294).

Der Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten auf erweiterte Krankenpflege nach § 437 RVO. kann nicht dadurch ersetzt werden, daß der Dienstberechtigte die Unterbringung des geisteskranken Dienstboten in eine Anstalt durch die Polizei veranlaßt. Auch kann der unterstützende Armenverband nicht aus § 1538 die Berechtigung herleiten, den Antrag nach § 437 für den Dienstboten zu stellen (2431 S. 296).

Die Frist aus § 1300 RVO. für den Antrag auf Witwengeld wird, sofern die oberste Verwaltungsbehörde keine Anordnung nach § 1616 RVO. getroffen hat, nur durch den Eingang des Antrags beim Versicherungsamte gewahrt (2432 S. 297).

Die Erneuerung einer Quittungskarte und die Übertragung von Beiträgen nach § 1421 RVO. kann, wie nach früherem Rechte (Entsch. 704 Amtl. Nachr. 1899 S. 283), auch nach der RVO. durch Ausspruch der entscheidenden Stelle erfolgen (2433 S. 298).

Ein Ersatzanspruch aus § 1501 Abs. 2 RVO. steht der Krankenkasse nicht zu, wenn rechtskräftig feststeht, daß der von ihr Unterstützte keinen Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft hat (2434 S. 299).

Ist die Unterbringung einer geschlechtskranken Person im Krankenhause aus polizeilichen Gründen erfolgt, so hat der Armenverband einen Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse nur, wenn die Unterbringung auch zur Heilbehandlung erforderlich war (2435 S. 300).

Ist der Bevollmächtigte einer Partei nicht gemäß § 24 OVAOrdg. vom Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Oberversicherungsamte benachrichtigt worden, so wird dieser wesentliche Mangel des Verfahrens (zu vgl. Entsch. 1767 Amtl. Nachr. 1913 S. 744) nicht ohne weiteres dadurch geheilt, daß die Partei selbst im Termine erscheint und zur Sache verhandelt, ohne den Mangel zu rügen (2436 S. 302).

Die Bekleidung einer besoldeten Beamtenstellung bei einer Krankenkasse durch ein ehrenamtliches Vorstandsmitglied ist keine die Wählbarkeit ausschließende Tatsache im Sinne des § 24 Abs. 1 RVO. Die gleichzeitige Ausübung beider Ämter ist jedoch nach § 21 Abs. 4 unzulässig. Lehnt der Gewählte die Niederlegung eines der beiden Ämter ab, so hat das Versicherungsamt ihn zur Aufgabe der Beamtenstellung gemäß §§ 30, 31, 377 anzuhalten. — Unter den im § 21 Abs. 4 bezeichneten Beamten sind nicht nur die im § 351 Abs. 1, § 359 Abs. 1, 2, 4 bezeichneten, sondern auch sonstige gegen Entgelt angestellte Personen zu verstehen (2437 S. 302).

Eine Satzungsbestimmung, wonach als Wochenhilfe an versicherungsfreie Personen den Versicherten für die Hilfe einer Hebamme ein fester Pauschbetrag gezahlt wird, ist unzulässig (2438 S. 304).

Eine Satzungsbestimmung, wonach eine Krankenkasse an versicherungsfreie Ehefrauen von Mitgliedern, die anderweit keinen Anspruch auf Wochenhilfe haben, einen einmaligen Beitrag (50 M) als Wochenhilfe gewährt, sofern sie von einem lebensfähigen Kinde entbunden werden, ist unzulässig (2439 S. 305).

Die Leistungen an Familienhilfe können durch die Satzung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften über die Höchstgrenze und die Art der Kassenleistungen bemessen werden (2440 S. 306).

Für die Entscheidung über Ansprüche, die im Auseinandersetzungsverfahren wegen unzulässiger Aufwendungen einer geschlossenen Kasse von der an ihre Stelle getretenen Kasse erhoben werden, sind nicht die Versicherungsbehörden, sondern die ordentlichen Gerichte zuständig (2441 S. 307).*)

§ 397 Abs. 1 RVO. ist nicht anwendbar, wenn der Versicherte noch vor Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses arbeitsunfähig geworden war und Anspruch auf Krankenhilfe hatte, und wenn diese Voraussetzungen über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus fortdauern (2442 S. 308).

Versicherungspflichtige, die Mitglieder einer Ersatzkasse sind, können den Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten als Mitglieder der Pflichtkasse (§ 517 RVO.) zurücknehmen und auch erneut stellen (2443 S. 310).

Der Begriff „Angestellter“ im Sinne des § 1226 Abs. 1 Nr. 2 RVO. umfaßt auch Personen, die in einem „Betriebe“ tätig sind (2444 S. 311).

Die seit Kriegsausbruch in Deutschland zurückgehaltenen russisch-polnischen Zeitarbeiter unterliegen auch nach der Kundgebung über die Errichtung eines Königreichs Polen v. 5. 11. 16 nicht der Invalidenversicherungspflicht (2445 S. 314).

Das Versicherungsamt, an das eine Krankenversicherungssache im Berufungsverfahren nach § 1690 RVO. zurückverwiesen worden ist, darf die Sache nicht mehr wegen Unzuständigkeit nach § 1640 an ein anderes Versicherungsamt abgeben, sondern muß sachlich entscheiden (2446 S. 315).

Bei Entziehung einer Witwenrente ist zur Vorbereitung und Begutachtung im Entziehungsverfahren das Versicherungsamt nach § 1626 Abs. 2, § 1637 RVO. zuständig, in dessen Bezirke die Witwe bei Einleitung dieses Verfahrens wohnt oder beschäftigt ist (2447 S. 316).

Entsprechend ist bei der Renteneinstellung infolge Ruhens einer Rente das Versicherungsamt zuständig, in dessen Bezirk der Rentenempfänger bei Einleitung des Einstellungsverfahrens wohn oder beschäftigt ist (2448 S. 317).

Hinsichtlich der für die Versicherungspflicht entscheidenden Frage, ob eine außerhalb des Dienstes beschäftigte Militärperson als beurlaubt oder als kommandiert anzusehen ist, ist der von dem Truppenteil auszustellende Ausweis (Erl. des preuß. Kriegsministeriums, Kriegsamt, v. 28. 2. 18, Armee-VrdgsBl. Nr. 12) maßgebend, sofern er sich über die Frage klar ausspricht (Bescheid 2449 S. 317)

*) Dieser Satz ist so, wie er hier aus den Amtl. Nachr. übernommen ist, nicht verständlich oder einem Mißverständnis ausgesetzt. Wir werden die Entscheidung nächstens mit den Gründen veröffentlichen und beleuchten.

B. Zur Krankenversicherung.

Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse wegen Zwangsheilung Geschlechtskranker; negative Feststellungsklage der Kasse.

Entscheidung des **Reichsgerichts** vom 11. März 1918.

Im Heft 12 S. 127 haben wir eine Entscheidung des Reichsgerichts (6. Zivils.) v. 11. Februar 1918 mitgeteilt, durch die der Ersatzanspruch einer Stadtgemeinde gegen die Krankenkasse wegen polizeilicher Zwangsheilung geschlechtskranker Personen als unbegründet abgewiesen wurde. Es handelte sich damals um einen Anspruch der Stadt Altona gegen die Allgem. Ortskrankenkasse daselbst. Das Reichsgericht hat nun in einem anderen Falle die damals vertretene Rechtsauffassung aufrechterhalten in einer Entscheidung v. 11. März 1918, die noch unter einem anderen Gesichtspunkte von Interesse ist. Es war nämlich von der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Hamburg gegen den Hamburger Staat, vertreten durch die Polizeibehörde, eine Feststellungsklage erhoben worden, und der Streit der Parteien betraf in erster Reihe die Frage, ob eine solche Klage nach den Umständen des Falles überhaupt prozessualisch zulässig war. Der Klageantrag ging dahin:

> festzustellen, daß Beklagter nicht berechtigt ist, geschlechtskranke Kassenmitglieder der Klägerin ohne vorherige Benachrichtigung und Zustimmung der Klägerin in Krankenhäusern verpflegen zu lassen und Erstattung der aus solcher Krankenhausbehandlung erwachsenen Kosten von der Klägerin zu fordern.

Das Reichsgericht hat die Klage für zulässig erachtet. Hierauf und auf einige andere Besonderheiten des Falles beziehen sich folgende Ausführungen in den Gründen:

... Richtig ist, daß für die Klage auf Feststellung des Bestehens wie des Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses das — nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts (vgl. RGZ. Bd. 61 S. 168; Bd. 86 S. 376; Bd. 75 S. 406; Bd. 49 S. 373; Warneyer 1909 Nr. 543 u. a.) wenigstens bedingte oder betagte — Vorhandensein des Rechtsverhältnisses, bei

der auf die Feststellung seines Nichtbestehens gerichteten Klage die Möglichkeit solchen Bestehens zu erfordern ist. Zur Entscheidung bloßer Rechtsfragen oder zur Feststellung entfernter Möglichkeiten ist die Feststellungsklage nach ZPO. § 256 nicht gegeben, mithin z. B. eine solche, die nur eine von mehreren Voraussetzungen für einen künftig etwa zu erhebenden Anspruch betrifft und lediglich die Entscheidung tatsächlicher oder rechtlicher Zweifel bezweckt, wegen Fehlens eines streitigen Rechtsverhältnisses abzuweisen ist (VII 320/16). Richtig ist weiter, daß zwischen dem Geschäftsherrn und dem Geschäftsführer nach BGB. §§ 677 ff. ein der Feststellung im Sinne der ZPO. § 256 fähiges Rechtsverhältnis grundsätzlich nur wegen solcher Geschäfte besteht, die der Geschäftsführer vorgenommen hat, die also in der Vergangenheit liegen (RGZ. Bd. 84 S. 390): ob späterhin eine Geschäftsführung sich vollziehen wird, hängt davon ab, ob der Handelnde mit dem Willen oder mindestens mit dem Bewußtsein tätig werden wird, das Geschäft als fremdes zu führen und ob anderseits die Übernahme der Geschäftsführung dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entsprechen wird. Hieraus folgt, daß — wie auch schon in RGZ. Bd. 84 S. 390 für den Regelfall ausgesprochen — ehe jene Voraussetzungen erfüllt sind, was sich erst bei der tatsächlichen Ausführung des Geschäfts zeigen kann, kein Rechtsverhältnis, auch kein bedingtes zwischen den Beteiligten vorhanden sein kann. Auch für eine auf Feststellung des Nichtbestehens des Rechtsverhältnisses gerichtete Klage würde es solchenfalls regelmäßig an der erforderlichen Unterlage fehlen.

Für die Beurteilung des vorliegenden Falles darf aber demgegenüber die besondere Lage der Umstände nicht übersehen werden. Nach dem unstreitigen Sachverhalt handelt es sich hier um eine regelmäßige und häufig wiederkehrende Betätigung der Polizeibehörde, der gegenüber die Willensrichtung der Klägerin als Geschäftsherrin wie die jener als Geschäftsführerin im Sinne des BGB. § 677 tatsächlich feststeht. Daraus, daß in der hier streitigen Frage die Parteien sich ständig auf einem Gebiet, dem der öffentlichen Gesundheitsfürsorge begegnen, wo die jeder von ihnen obliegenden allgemeinen Aufgaben sich berühren, ergibt sich eine dauernde Beziehung unter ihnen, die, wenn sie auch nicht für sich als Rechtsverhältnis zu bezeichnen sein mag, doch die Unterlage einer Feststellung bilden kann, weil der Eintritt derjenigen Umstände, welche die Entstehung des streitigen Rechtsverhältnisses bedingen, im Hinblick auf jene Beziehung, nicht etwa als eine nur entfernte Möglichkeit erscheint, sondern dem zu erwartenden regelmäßigen Verlauf der Dinge entspricht. Bei der gegebenen Sachlage ist daher das streitige Rechtsverhältnis, in der bezeichneten Beziehung wurzelnd, als ein bedingtes — wenn überhaupt — auch schon gegeben, ehe die Geschäftsführung im Einzelfall erfolgt ist: Der Einzelanspruch und das ihn erzeugende Rechtsverhältnis als ein unbedingtes Entstehen, wenn überhaupt erst aus der Geschäftsvornahme selbst. Dies steht aber einer Feststellung, wie mit der Klage begehrt, deshalb nicht entgegen, weil, wie auch das Berufungsgericht nicht verkennt, dafür ein auch nur bedingt oder betagt vorhandenes Rechtsverhältnis genügt, sofern der Eintritt der dafür bedingten Umstände nicht etwa völlig ungewiß und entfernt ist, sondern wie hier sogar eine naheliegende Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Der Feststellungsausspruch, wie beantragt, bedarf daher, wenn überhaupt begründet, keiner Beschränkung weder auf die in der Klageschrift hervorgehobenen noch etwa auf die bis zum Schlusse der Berufungsverhandlung hinzugetretenen Einzelfälle. Daß auch für diesen weiteren Umfang das Feststellungsinteresse im Sinne der ZPO. § 256 gegeben ist, ja darauf gerade gerichtet ist, ergibt sich aus der Sachlage ohne weiteres und bedarf keiner Ausführung.

Da die Krankenhausbehandlung der geschlechtskranken Kassenmitglieder unstreitig dem erklärten Willen der Klägerin widersprach, ist der mit der Klage bekämpfte Anspruch des Beklagten nach BGB. §§ 679, 683, 670 nur dann begründet, wenn ohne Eingreifen seiner Polizeibehörde eine Pflicht der Klägerin nicht rechtzeitig erfüllt worden wäre, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt. Daß dem hier so sei, hat das Berufungsgericht bejaht, weil für die Klägerin im Sinne des § 679 BGB. eine Pflicht zur Krankenhausbehandlung bezüglich ihrer Kassenmitglieder bestehe und eine solche möglichst schnell eingeleitet werden müsse, um eine Übertragung der Krankheit auf dritte Personen zu verhüten. Der erkennende Senat hat in dem zum Abdruck in der Sammlung bestimmten Urteil vom 11. Februar 1918 VI 429/17 in Sachen der Stadt Altona (Beklagte) gegen die Allgemeine Ortskrankenkasse daselbst (Klägerin) ausgeführt, daß dieser Auffassung nicht beigetreten werden kann. Die Revision hat sich auf diese Ausführungen berufen; sie waren aufrechtzuerhalten. Wie dort bereits hervorgehoben, sind die Krankenhilfe der Krankenkassen einerseits, das hier in Rede stehende Eingreifen der Polizeibehörde andererseits zwar beide darauf gerichtet, den Erkrankten der Heilung zuzuführen, auch beide Maßnahmen der Fürsorge für die Gesundheit und die gesundheitliche Leistungsfähigkeit der Bevölkerung gewidmet, verfolgen jedoch im übrigen — was allerdings der Annahme einer Geschäftsbesorgung im Sinne des BGB. § 677 nicht ohne weiteres entgegensteht (vgl. RGZ. Bd. 75 S. 283 Bd. 77 S. 197) — unmittelbare Ziele ganz verschiedener Art. Die Polizeibehörde faßt in erster Reihe die Gefahr ins Auge, welche eine geschlechtskranke der Gewerbsunzucht geneigte und verdächtige Frauensperson für die Öffentlichkeit bedeutet und hat hiergegen unter gesundheits- und sicherheitspolizei-

lichen Gesichtspunkten nötigenfalls mit Zwang vorzugehen, um der Schädlichkeit weiteren Geschlechtsverkehrs der Kranken vorzubeugen. Demgegenüber hat die Krankenkasse wesentlich nur die Aufgabe, dem Erkrankten zur Erhaltung seiner Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit Krankenhilfe zu gewähren, eine, dem Gesichtspunkte der allgemeinen sozialen Wohlfahrt unbeschadet, zunächst individuell gerichtete Fürsorge, die mit einer gesetzlichen Zwangsgewalt gegenüber dem Erkrankten nur in ganz begrenztem Umfang (RVO. § 529 Abs. 1: wegen Übertretung der Krankenordnung oder der Anordnungen des behandelnden Arztes) ausgestattet ist und jedenfalls grundsätzlich (vgl. RVO. §§ 1545, 1551) dem Versicherten nicht aufgezwungen werden kann. Wie hiernach die der Krankenkasse obliegende Krankenhilfe in Ansehung der Regelleistungen (Krankenpflege und Krankengeld nach Maßgabe der RVO. § 182) als eine Pflicht nur mit dem Vorbehalt zu verstehen ist, daß sie vom Kassenmitglied gewollt und beantragt ist, so gilt eine Einschränkung in noch erhöhtem Maße bezüglich der Gewährung der Krankenhauspflege, die nach der Vorschrift des § 184 RVO. an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes gewährt werden kann. Nicht nur, daß es dazu, sofern der Kranke einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist, seiner Zustimmung bedarf, von der nur in den Ausnahmefällen des Abs. 2 Nr. 1 bis 4 daselbst abgesehen werden kann, steht es grundsätzlich im Ermessen der Kasse, an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes eine Krankenhauspflege zu gewähren. Wie das Reichsversicherungsamt in fester Rechtsprechung (Amtl. Nachr. 1914 S. 818; 1916 S. 478, 647; 1917 S. 388, der gegenüber auch die Entscheidung des besonderen, hier nicht in Frage kommenden Falles, Amtl. Nachr. 1917 S. 504 Nr. 2553, keine Einschränkung bedeutet), annimmt und unter Darlegung der Entstehungsgeschichte der Vorschrift, worauf hier verwiesen sei, überzeugend begründet hat, kann weder ein im Spruchverfahren (RVO. §§ 1636 bis 1734) verfolgbarer Anspruch des Versicherten auf Krankenhauspflege noch eine Befugnis der Aufsichtsbehörde, die Übernahme der Krankenhauspflege durch die Krankenkasse im Einzelfalle zu erzwingen, aus dem Gesetz hergeleitet werden. Auch die Vorschrift des § 184 Abs. 4, wonach in den Fällen des Abs. 3 Nr. 1, 2, 4 die Kasse möglichst Krankenhauspflege gewähren soll, kann keinen Zweifel daran begründen, daß das Gesetz in dieser Frage der Kasse ein Ermessen einräumen will, das unter Gesichtspunkten der verschiedensten Art ausgeübt werden kann. Ein freies, willkürliches Belieben zuzulassen, liegt naturgemäß nicht im Sinne des Gesetzes; es liegt im Wesen der der Kasse obliegenden gemeinnützigen Aufgabe, daß sie ihr Ermessen in einer dieser Aufgabe entsprechenden Weise auszuüben hat. Aber rechtliche Voraussetzung für die Gewährung der Krankenhauspflege — Umstände, aus denen sich eine rechtliche Verpflichtung der Kasse, die durch Aufnahme des Kranken in Krankenhauspflege zu erfüllen wäre, ergäbe — bezeichnet das Gesetz nicht. Vielmehr soll, wie auch schon der Wortlaut des hervorgehobenen Abs. 4 § 184 zur Genüge erkennen läßt, der Kasse das sachgemäße, aber freie Ermessen hierüber stets gewahrt bleiben. Dieser Regelung würde es nicht entsprechen, wenn im Wege der Geschäftsführung ohne Auftrag die Polizeibehörde dazu gelangen könnte, ihr Ermessen an die Stelle eines solchen der Kasse zu setzen und diese so zu einer Leistung zu zwingen, die weder der Versicherte noch die Aufsichtsbehörde zu erzwingen in der Lage wäre.

Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus der im vorliegenden Falle dem Klagbegehren beigefügten besonderen Beschränkung auf solche Fälle, wo die Krankenhausbehandlung zum Zwecke der Heilung erforderlich war. Darüber, ob dem so ist, und, wenn dem so ist, ob die Heilung im Krankenhaus versucht werden soll, hat eben nach dem Willen des Gesetzes nur das Ermessen der Kasse zu entscheiden. Eine vorbehaltslose Pflicht zur Gewährung der Krankenhausbehandlung ist der Krankenkasse im Gesetz auch für solche Fälle nicht auferlegt. Daran ändert auch das an der sachgemäßen Besorgung der Aufgaben der Krankenversicherung bestehende öffentliche Interesse nichts. Daß es im übrigen zum Tatbestand des § 679 BGB. nicht genügt, wenn das „Geschäft", d. i. hier die Unterbringung der Kranken im Krankenhause im öffentlichen Interesse liegt, kann keinem Zweifel unterliegen. Gegenüber der bereits im § 755 J. E. aufgestellten Voraussetzung, daß von dem Geschäftsführer die im öffentlichen Interesse gebotene Erfüllung einer der dem Geschäftsherrn obliegenden Verbindlichkeiten bewirkt sei, war in der zweiten Kommission (P. II S. 736 unter 3) beantragt, statt dessen es genügen zu lassen, daß „die Besorgung des Geschäftes durch das öffentliche Interesse geboten" sei. Dies wurde (P. II S. 738) abgelehnt; es solle an der Voraussetzung festgehalten werden, daß es sich um eine Verpflichtung des Geschäftsherrn handle. Als solche kann nur eine rechtliche, sei es im öffentlichen, sei es im Privatrecht wurzelnde, gesetzliche oder vertragsmäßige Verpflichtung gelten: Die Erstreckung, insbesondere auf die Erfüllung sittlicher Pflichten ist bereits im Schoße der zweiten Kommission (P. II S. 738 Abs. 1) gleichfalls abgelehnt worden.

Ob ein Erstattungsanspruch des Beklagten wenigstens insoweit anzuerkennen sein möchte, als die Klägerin den Aufwand der regelmäßigen Krankenhilfe nach RVO. § 182 einschließlich des Krankengeldes erspart hat (vgl. BGB. § 684), kann ohne weitere Unterlagen tatsächlicher Art nicht beurteilt werden. Einen solchen Minderanspruch darzutun, wäre Sache des Beklagten gewesen, der indessen nichts dafür vorgetragen hat. Der Feststellungsantrag der

Klage ist nur von den Kosten der Krankenhausbehandlung selbst zu verstehen.

Darüber endlich, daß der streitige Anspruch nicht unter die Vorschrift des § 1531 RVO. falle, besteht erklärtes Einverständnis; es braucht daher hierauf nicht mehr eingegangen zu werden.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Voraussetzung des Beschwerderechts der Landesversicherungsanstalt aus § 210 Abs. 3 AngestVersGes.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 27. März 1917 (P. 14/17).

Es handelt sich um einen Streit um die Beitragsleistung gemäß § 210 AngestVersGes. Parteien in diesem Streite sind die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte einerseits, Arbeitgeber und Arbeitnehmer anderseits. Die örtlich zuständige Landesversicherungsanstalt ist nicht Partei. Ein Beschwerderecht gegen den Beschluß des Rentenausschusses steht ihr dann zu, wenn es ihr im Gesetz ausdrücklich beigelegt worden ist. Dies ist nicht geschehen. Insbesondere kann ein solches Beschwerderecht nicht, wie die Landesversicherungsanstalt darzutun sucht, aus § 210 Abs. 3 gefolgert werden. Denn nach dieser Vorschrift ist der Träger der Invalidenversicherung nur dann berechtigt, Rechtsmittel einzulegen und als Beteiligter den Antrag auf Abgabe der Sache an das Oberschiedsgericht zu stellen, wenn in der Entscheidung des Rentenausschusses ausdrücklich festgestellt ist, daß jemand zu den in § 1226 Abs. 1 Nr. 1 oder 6 der RVO. bezeichneten Personen gehört. Die Beilegung eines Beschwerderechts in diesem Falle findet ihre Begründung in dem Umstand, daß die getroffene Entscheidung für das Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung bindend ist, also auch die Landesversicherungsanstalt unmittelbar belastet. Dies ist jedoch nicht der Fall, wenn der Rentenausschuß, wie es vorliegend geschehen ist, entgegen der Auffassung der Landesversicherungsanstalt ausspricht, daß jemand zu den im § 1 Abs. 1 AngestVersGes. bezeichneten Personen gehört. Allerdings kann aus einer solchen Entscheidung gefolgert werden, daß der Rentenausschuß die betreffende Person nicht zu den Arbeitern, Gehilfen, Gesellen, Lehrlingen und Dienstboten rechnet; indessen werden durch diese Annahme die Instanzen der Reichtsversicherungsordnung nicht gebunden, sie sind vielmehr sehr wohl in der Lage, im Streitverfahren gemäß § 1459 RVO. eine entgegengesetzte Entscheidung zu treffen. Die Landesversicherungsanstalt wird also durch eine solche Entscheidung, wie sie vorliegend gefällt worden ist, in ihren Rechten nicht unmittelbar berührt. Deshalb lag für den Gesetzgeber kein Anlaß vor, ein Beschwerderecht einzuräumen. Die Beschwerde der Landesversicherungsanstalt unterlag daher als unbegründet der Zurückweisung.

Strafverfügungen aus §§ 339, 340 Angest.-VersGes.

Aus Beschlüssen des **Schiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom a) 15. Oktober 1917; b) 15. Januar 1918 („Angestelltenvers." 1918 S. 65, 66).

a)

Der gemäß § 339 AngestVers.Ges. mit 5 ℳ Geldstrafe belegte Arbeitgeber H. in B. hat dagegen Beschwerde eingelegt, indem er geltend macht, er sei dauernd auf Reisen, habe sich um die Nachweise nicht kümmern können, und habe auch niemand, der diese Angelegenheiten für ihn hätte besorgen können. Die von ihm unterlassene Angabe des Geburtsdatums seines früheren Angestellten G. habe er nicht machen können, weil G. nur kurze Zeit bei ihm war, er sich das Geburtsdatum nicht gemerkt habe, und es auch nachträglich nicht mehr zu ermitteln vermochte.

Wenngleich die Festsetzung der Geldstrafe gemäß § 339 AngestVersGes. an sich gerechtfertigt war, so war doch mit Rücksicht auf die glaubwürdigen Angaben des Beschwerdeführers und mit Rücksicht darauf, daß er die in Betracht kommenden Angaben nachträglich nach Festsetzung der Strafe gemacht hat, der Beschwerde aus Billigkeitsgründen stattzugeben. Die verlangten Feststellungen sind für den Beschwerdeführer offenbar mit besonderen Schwierigkeiten verbunden gewesen.

b)

Der Beschwerdeführer ist seit dem 17. September 1916 Geschäftsführer der S., Gesellschaft mit beschränkter Haftung in S. Da er trotz wiederholter Aufforderungen der Reichsversicherungsanstalt über die seit dem 1. Januar 1913 bei der Firma beschäftigten Angestellten die vorgeschriebenen Nachweise nicht eingereicht hat, ist er gemäß § 343 Ziff. 2 in Verbindung mit den §§ 339 und 181 AngestVersGes. mit einer Strafe von 10 ℳ belegt worden. Die Festsetzung der Strafe ist zu Recht erfolgt. Der Beschwerdeführer war zur Einsendung der fehlenden Nachweisungen über die in dem Betriebe der Gesellschaft beschäftigt gewesenen Angestellten und zur Einsendung rückständiger Beiträge verpflichtet, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob die Beschäftigung jener Angestellten etwa schon vor Antritt seiner Stellung als Geschäftsführer stattgefunden hat.

Sprechsaal.

Zur Ausführung der Verordnung über Zulagen zu Unfallrenten.

In Heft 14 S. 264 der „Arbeiter-Versorgung" wendet sich Dr. Jaeger gegen meine Annahme, daß der Verletzte die Rente von 66⅔ schon bei Inkrafttreten der Verordnung bezogen haben muß, um die Zulage erhalten zu können (daselbst Heft 11 S. 205).

Die ganze Vorgeschichte der Zulageverordnung beweist nun meiner Überzeugung nach zweifellos, wenn dieses Motiv auch im Gesetz selbst nirgends klar ausgesprochen ist, daß man nur einen Ausgleich schaffen wollte zwischen den jetzigen Teuerungszeiten und dem der Rente zugrunde gelegten Verdienst, der namentlich bei älteren Renten in gar keinem Verhältnis mehr zu den heute gezahlten Löhnen und Zeitanforderungen steht. Darum ist meiner Meinung nach der in Betracht kommende Personenkreis im allgemeinen tatsächlich ein fixierter, eine Art numerus clausus: alle, aber auch nur die Verletzten, die am 1. 2. 18 66⅔ oder mehr Prozent Rente beziehen, sind zulageberechtigt. Nur verschwindende Ausnahmen können durch spätere Gerichtsentscheidungen noch hinzukommen (siehe weiter unten).

Wem also der 1. 2. 18 als ein reines „Zufallsmoment" erscheint, „das unmöglich vom Gesetzgeber gewollt sein kann", dem darf ich außer der Vorgeschichte noch entgegen halten, daß irgendein Anfangszeitpunkt für die Neuregelung doch getroffen werden mußte. Solche Zufallsgrenzen können natürlich manche Härten darstellen, sind aber im Interesse der einheitlichen und vereinfachten Regelung nicht zu entbehren. Das hat schon gelegentlich der Kontroversen über die Anwendbarkeit des § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer Hahn in ArbVers. 1915 S. 148 treffend dargelegt. Wollte man also den infolge des früheren geringen Einkommens schlechter gestellten Verletzten in seiner wirtschaftlichen Lage verbessern — und nur das ist eben der Zweck der Verordnung — so muß man den 1. 2. 18 als den gesetzten Termin ansehen, an dem die Voraussetzungen für die Zulage erfüllt sein müssen.

Der Bezug der 66⅔ % Rente an diesem Tage ist nun aber nicht „Voraussetzung", sondern nur das Charakteristikum für den Personenkreis, der allein in Betracht kommt. „Verletzte, die" ist ein einheitlicher Begriff, für den nur ein treffendes umfassendes Hauptwort fehlt. Es ist ein ebenso feststehender Begriff, wie etwa „Witwe" oder „Waise". „Voraussetzung" ist vielmehr nur der Satz, der mit „sofern" beginnt: Aufenthalt im Inlande und Bedürftigkeit. Wer diese Voraussetzungen des § 1 am 1. 2. 18 erfüllt hat, erhält die Zulage, wer sie nicht erfüllt, scheidet aus. Demnach ist auch der Rückschluß aus § 4 für die Jaegersche Annahme nicht stichhaltig. Denn Voraussetzung ist meiner Meinung nach der Bezug der Rente eben nicht, sondern Begriffsbestimmung.

Wollte man den Bezug einer Rente von 66⅔ % als „Voraussetzung" ansehen, so würde jedem Antragsteller, der eine geringere Rente bezieht, ein einspruchsfähiger Bescheid gegeben werden müssen. In der Praxis wird ihm aber durch einfachen Brief mitgeteilt, daß er „nicht zu dem Personenkreis gehört, auf den die Bundesratsverordnung zutrifft". Einen förmlichen Bescheid erhält er vielmehr nur bei Gewährung der Zulage — und hier ist er im Grunde überflüssig —, ferner wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, nämlich kein Inlandsaufenthalt oder keine Bedürftigkeit vorliegt. Das gleiche einfache Schreiben erhalten auch die Witwen und Waisen, die, von der Regelung in der Invalidenversicherung verleitet, mit Zulageanträgen an die Berufsgenossenschaften herantreten; denn auch sie gehören nicht zu dem zulageberechtigten Personenkreis.

Ferner scheint mir Jaeger unter „beziehen" fast dasselbe zu verstehen wie „festgestellt sein". Das glaube ich insbesondere aus S. 265 schließen zu sollen, wo er auseinandersetzt, daß infolge jahrelanger Prozeßdauer auch für einen Friedensunfall die Rente „erst nach Inkrafttreten der Verordnung festgesetzt werden kann". Ob die Rente von 66⅔ % vor oder nach dem 1. 2. 18 „festgestellt" worden ist, ist aber meiner Meinung nach völlig gleichgültig. Das Recht auf den Rentenbezug von 66⅔ v. H. muß nur schon an diesem Tage bestanden haben. Insbesondere erhält doch auch der erst nach Jahren obsiegende Verletzte seine Rente mit rückwirkender Kraft, bezieht sie also event. auch am 1. 2. 1918 schon. Infolgedessen fällt auch dieser Einwand gegen den 1. Februar 1918 als entscheidenden Grenztag.

Davon vermag mich auch Jaegers Hinweis auf die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter nicht abzubringen. Es mag sein, daß bei ihnen daraus eine besonders fühlbare Härte zutage treten kann; aber das läßt sich nicht ändern, zumal dadurch nicht eine besondere Ausnahmestellung für sie geschaffen wird, wie das durch manche andere sie geradezu schlechter stellende Bestimmung der RVO. geschieht. Ich erinnere nur daran, daß bei ihnen der dem gewerblichen Arbeiter gewährte Unfallzuschuß fehlt.

Leider enthält auch Rabelings eben erschienenes Werk „Die Kriegsverordnungen zur Unfallversicherung" keine direkte Stellungnahme zu den von mir angeschnittenen oder den von Neisser in „Berufsgenossenschaft" 1918 S. 33 erörterten Fragen. Vgl. auch Jaeger in „ArbVers." 1918 S. 221. Nur indirekt vermag man aus seiner Anmerkung 2 zu § 5 „bezieht also z. B. ein Verletzter, der im März die Gewährung der Zulage beantragt, eine Rente von 66⅔ v. H. oder mehr der Vollrente erst seit dem 15. Februar, so darf ihm die Zulage frühestens vom 1. März ab gewährt werden" zu schließen, daß er die Zulage allen Empfängern einer mindestens 66⅔ proz. Rente gewähren, also keinen Scheidungstag anerkennen will.

Da eine einheitliche Rechtsprechung mangels Rekurses nicht zu erwarten steht, kann man nur hoffen, daß die Oberversicherungsämter recht viel von dem § 1693 Gebrauch machen und die Einsprüche ans Reichsversicherungsamt abgeben werden. Denn hier handelt es sich doch eklatant um eine Reihe noch nicht festgestellter Auslegungen gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung.

Freilich wird man hier einwenden können, daß im § 11 der Ausführungsbestimmungen der § 1693 nicht mit aufgeführt, also auch seine Anwendbarkeit ausgeschlossen ist. So sagt auch Rabeling in Anmerkung 8 zu § 3. Trotz alledem aber glaube ich, daß bei der ganzen Art und Weise, wie die Verordnung zustande gekommen ist, und bei der Gegensätzlichkeit, die sie teilweise zu dem wiederholt ausgesprochenen Willen der Volksvertretung einnimmt, es nicht im Interesse der Sache liegen kann, wenn keine einheitliche Rechtsprechung erzielt wird. Das Reichsversicherungsamt hat ja im Laufe seiner Geschichte schon öfter Mittel

und Wege gefunden, um aus praktischen und sozialen Gründen entgegenstehende Gesetzesbestimmungen den Forderungen der Zeit anzupassen. Ich verweise dabei auf den Aufsatz vom Senatspräsidenten W. Fleischauer „Gewohnheitsrecht und Juristenrecht auf dem Gebiete der Reichsversicherungsordnung“ in ArbVers. 1916 S. 433. Und hier handelt es sich nicht mal um ein „hinsichtlich der Ausdrucksweise eingehend beratenes Gesetz, sondern um eine aus Anlaß des Krieges im Hinblick auf die Dringlichkeit des Gegenstandes verfaßte Notverordnung“. Aus einer Entscheidung des RVA. vom 10. 4. 1916 in ArbVers. 1916 S. 589.

So wird das Reichsversicherungsamt auch hier über seine eigenen Ausführungsbestimmungen hinausgehen dürfen, sei es ohne weiteres, sei es durch ausdrückliche Ergänzung im Sinne der entsprechenden Anwendbarkeit des § 1693, sei es durch Anregung einer neuen Verordnung, die den Instanzenzug bis zu ihm selbst fortführt.

Dr. jur. Arthur Fischer in Breslau.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Wohnungsfürsorge nach dem Kriege

bildet schon geraume Zeit den Gegenstand ernstester Sorge der Sozialpolitiker.*) Es handelt sich dabei um Beschaffung von Arbeiter- und Mittelstandswohnungen überhaupt und für kinderreiche Familien insbesondere. Soll dem Bedürfnisse in einem unter hygienischen und bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten ausreichendem Maße genügt werden, so ist mit einem riesigen Geldbedarf zu rechnen. Wenn man erwägt welche Faktoren — das Reich, die Bundesstaaten, die Gemeinden — vor allem zur Wohnungsfürsorge zu verpflichten und welche zu einer Mitwirkung zu berufen seien, so werden meist auch die Versicherungsträger, die ja auch bisher schon eine weitreichende Tätigkeit mannigfacher Art auf diesem Gebiete entfalten, nicht vergessen, und manche Vorschläge laufen auf eine enge Verbindung der Wohnungsfürsorge mit der sozialen Versicherung hinaus. Von den Plänen, die in der Literatur aufgetaucht sind, haben wir wiederholt Mitteilung gemacht (zu vgl. z. B. ArbVers. 1916 S. 859, 1917 S. 265, 685, 1918 S. 17); in folgendem teilen wir zwei neuere mit, die der besonderen Beachtung und Erwägung wert erscheinen.

Der Geheime Oberregierungsrat Düttmann, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oldenburg, begründet im Rahmen einer Schrift „Ausbau der Sozialversicherung und der Wohnungsfürsorge nach bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten“ ausführlich auch folgenden Plan einer „Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien“:

1. Die Gemeinde des Beschäftigungsorts läßt zugunsten der gegen Krankheit versicherten Familien mit drei oder mehr Kindern eine Wohnungsfürsorge eintreten, die sich darauf erstreckt, daß
   a) geeignete Wohnungen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen,
   b) den Familien der Unterschied erstattet wird, um den eine den Bedürfnissen der Familie entsprechende Wohnung im Durchschnitt teuerer ist als eine Wohnung für ein kinderloses Ehepaar.

2. Das Reich stellt bis weiter jährlich bis zu 500 Millionen Mark den Gemeinden zur Bereitstellung geeigneter Wohnungen für kinderreiche Familien, in zweiter Linie zur Beschaffung von Wohnungen für Minderbemittelte ohne Rücksicht auf die Kinderzahl zur Verfügung. Zur Beschaffung der erforderlichen Mittel sind diejenigen Einrichtungen, welche Gelder aus breiten Bevölkerungskreisen an sich ziehen, in erster Linie die öffentlichen und privaten Versicherungseinrichtungen und Sparkassen, gesetzlich zu verpflichten, daß sie einen bestimmten Bruchteil der zur zinsbaren Anlage bestimmten Gelder zu einem mäßigen Zinsfuß dem Reiche darleihen, das sie zu einem um ½ v. H. niedrigeren Zinsfuß an die Gemeinden weitergibt.

3. Der Bundesstaat hat für die in seinem Bezirk belegenen Gemeinden die Bürgschaft für die vom Reich gewährten Darlehen zu übernehmen und ihnen zur Verzinsung der Anleihen ½ v. H. zuzuschießen, soweit er nicht durch die Überweisung von Baugrundstücken zu ermäßigten Preisen oder in anderer Weise geldwerte Beihilfen zur Wohnungsbeschaffung leistet.

4. Die Gemeinde kann die von ihr gemäß Ziffer 1b gezahlten Mietzuschüsse zu dem Bruchteil von den größeren Arbeitgebern zurückfordern, der dem Anteil der von diesen beschäftigten Personen an der Gesamtzahl der gegen Krankheit versicherten Personen entspricht, unter angemessener Anrechnung der von den Arbeitgebern unmittelbar für Wohnungszwecke gemachten Aufwendungen.

5. (Orts-) Wohnungsämter, Landeswohnungsämter (für Provinzen oder Regierungsbezirke), beide ihre Entscheidungen gleich den Versicherungs- und Oberversicherungsämtern in der Besetzung mit Beisitzern abgebend, und ein beim Reichswirtschaftsamt zu errichtendes Reichswohnungsamt mit einem zur Hälfte von der Reichsregierung, zur Hälfte vom Reichstage zu wählenden Beirat haben bei der Durchführung der Wohnungsfürsorge für die Minderbemittelten mitzuwirken.

Weitergreifend ist ein Plan, den Dr. Gustav Stein in Duisburg in einem Aufsatz „3½ v. H. Baugeld für Kleinwohnungen nach dem Kriege“ (Rheinische Blätter für Wohnungswesen und Bauberatung, 13. Jahrg. 1918 Heft 2/3) entwirft und gleichfalls eingehend begründet. Er geht davon aus, daß der Geldbedarf für den notwendigen Bau von Arbeiter- und Mittelstandswohnungen, unter Berücksichtigung der hohen Baukosten, mit denen für eine lange Zeit nach dem Kriege zu rechnen sein wird, bis auf weiteres jährlich auf 1½ Milliarden Mark (!) zu veranschlagen sei, und stellt für die Aufbringung dieses Bedarfs folgende Leitsätze auf:

*) Zu vgl. auch die hiernächst folgende Mitteilung.

1. Die Gemeinden sind verpflichtet, den gemeinnützigen Bauvereinigungen und denjenigen privaten Bauunternehmern, die bestimmte Bindungen im Miet- und Verkaufspreis und die Verpflichtung eingehen, in ihren Miethäusern mindestens je zwei Wohnungen für Familien mit vier Kindern unter 14 Jahren vorbehalten und die Bedingungen guter Wohnweise erfüllen, Darlehen zum Bau von Wohnhäusern zu einem jährlichen Zinsfuße von 3½ v. H. zu gewähren.

2. Die Gemeinden sind berechtigt, für den Betrag der ausgegebenen Darlehen 5 proz. Schuldverschreibungen oder Pfandbriefe auszugeben und den Mehraufwand an Zinsen auf die gewerblichen Betriebe mit einer gewissen Arbeiterzahl als Zuschlag zur Gewerbesteuer umzulegen.

3. Die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften sind verpflichtet, alljährlich ein Drittel ihrer Rücklage, die sie für das Rechnungsjahr zurückstellen, ebenso die Landesversicherungsanstalten ein Drittel des jährlichen rechnungsmäßigen Zuwachses ihres Vermögens, außerdem die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ein Zehntel ihrer Jahresrücklage in Schuldverschreibungen oder Pfandbriefen für Kleinwohnungsdarlehen der Gemeinden anzulegen. Die Darlehen, die von diesen Versicherungsträgern unmittelbar an Unternehmer von Kleinwohnungsbauten ausgeliehen werden, sind auf diese Pflichtkaufsanteilziffern anzurechnen.

4. Für die Schuldverschreibungen oder Pfandbriefe haftet die Gemeinde mit ihrem gesamten Vermögen. Bei Unvermögen der Gemeinde haftet der Bundesstaat subsidiär.

5. Die Kleinwohnungsdarlehen der Gemeinden zu 3½ v. H. sind im Grundbuche an erster Stelle einzutragen und mit mindestens ½ v. H. jährlich zu tilgen.

6. Die Zuschläge zur Gewerbesteuer nach Ziffer 2 werden solange erhoben, bis die Schuldverschreibungen oder Pfandbriefe für Kleinwohnungsdarlehen getilgt sind.

7. Die Vorbehalte zugunsten der Gemeinde sind im Grundbuche als dingliche Last des Grundstückes einzutragen. Die Löschung dieser dinglichen Last kann nur mit einjähriger Frist beantragt werden. Mit der Löschung ist das Baugeld zurückzuzahlen.

8. Für die Beteiligung des Reiches und der Einzelstaaten an der Bereitstellung von Baugeld in Verbindung mit den Gemeinden bleibt die gesetzliche Regelung vorbehalten.

Die Kinderrenten in der Sozialversicherung und die Reichsregierung.

Um einen Weg zur Lösung des Wohnungsproblems für kinderreiche Familien zu zeigen, schlug Professor Dr. Schmittmann in einer Schrift: „Reichswohnversicherung; Kinderrenten durch Ausbau der Sozialversicherung" vor, einen entsprechenden Ausbau der Invaliden- und Angestelltenversicherung vorzunehmen (vgl. ArbVers. 1917 S. 265). Beim Vorhandensein beider Elternteile werden — so empfahl er — vom vierten Kinde ab, steigend mit der Zahl der im nichterwerbsfähigen Alter stehenden Kinder, Renten an die Kinder in der Regel bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gewährt. Ist einer der Elternteile verstorben, so soll die Rente bereits beim Vorhandensein einer kleineren Kinderzahl (drei, falls die Mutter, zwei, falls der Vater verstorben ist) gewährt werden, aber in geringerer Höhe, weil das Wohnbedürfnis des verstorbenen Elternteils weggefallen ist. Sind die Kinder Vollwaisen, so soll eine Fürsorge durch eine Waisenrente gewährt werden. Die Mittel sollen durch Beiträge der Versicherten, ihrer Arbeitgeber und des Reichs aufgebracht werden. Beitragspflichtig sollen die nach dem 4. Buche der Reichsversicherungsordnung und dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherten Personen sein, soweit sie erwerbsfähig sind. Beitragsfreiheit tritt ein, sobald der verheiratete Versicherte mehr als drei lebende Kinder hat, ohne Rücksicht auf das Alter der Kinder, ferner für die verwitweten männlichen Versicherten, wenn sie mehr als zwei Kinder, der verwitweten weiblichen, wenn sie mehr als ein Kind zu versorgen haben.

Das Reichsamt des Innern hat die Vorschläge einer versicherungsmathematischen Begutachtung unterzogen und das Ergebnis dem Reichstagsausschuß für das Wohnungswesen vorgelegt. Dabei ist angenommen worden, daß wegen des vorgeschlagenen engen Anschlusses der Wohnversicherung an die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung das Prämiendurchschnittsverfahren zur Anwendung kommt, ferner, daß die Altersverteilung, Kinderhäufigkeit, Geburtenfolge usw. künftig so bleibt, wie sie nach den benutzten statistischen Grundlagen ermittelt wurden und daß die Zahl der Fürsorgefälle im Laufe der Zeit annähernd in demselben Verhältnis steigen werde, in dem die versicherungspflichtige Bevölkerung voraussichtlich zunimmt.

Die Berechnungen kommen zunächst zu dem Ergebnis, daß unter den am 1. Januar 1914 vorhandenen rund 16 Millionen gegen Invalidität versicherten Personen 879 000 mit vier und mehr Kindern sich befanden und zwar 443 900 mit vier, 244 100 mit fünf und 191 000 mit sechs und mehr. Nachdem noch das Durchschnittsalter der Kinder unter 15 Jahren berechnet worden ist, sucht die Denkschrift die Kapitalwerte und die Belastung aus dieser Reichswohnversicherung zu ermitteln. Dabei wird von dem Schmittmannschen Vorschlag ausgegangen, die Kinderrente für das vierte Kind auf 10 ℳ monatlich festzusetzen, wenn nur ein Elternteil Beiträge zur Wohnversicherung entrichtet hat, und diesen Betrag zu verdoppeln, wenn beide Elternteile beitragspflichtig waren. Über die Höhe der Kinderrente für das fünfte, sechste usw. Kind werden besondere Vorschläge nicht gemacht; es soll nur eine Steigerung um einen gewissen vom Hundertsatz eintreten. Im Mittel würde jeder Fürsorgefall eine Leistung von 140 ℳ jährlich erfordern. Rechnet man 20 v. H. hiervon als Zusatzleistung für jedes folgende Kind, so würde z. B. ein Vater von sechs Kindern eine mittlere Wohnrente von 196 ℳ erhalten. Es erhalten somit die jüngsten Kinder eine Rente von 140 ℳ jährlich, die übrigen von 28 ℳ. Für den Versichertenbestand am 1. Januar 1914 würde sich als (Kapital-) Wert der Belastung aus der Wohnungsfürsorge der Betrag von 1,08 Milliarden Mark ergeben. Eine Berechnung des Wertes der Fürsorgeleistungen für den jährlichen Zugang an bezugsberechtigten Kindern ergibt, daß dieser rund 122 Millionen Mark beträgt. Soll nun der gegenwärtige Wert der Belastungen aus künftig zugehenden fürsorgeberechtigten Kindern veranschlagt werden, so bedarf es dazu noch der Voraussetzung eines bestimmten Zinsfußes. Rechnet man mit 3½ v. H. Zinsen und einer durchschnittlichen jährlichen Vermehrung der Versicherten von 1,5 v. H., so berechnet

sich der gegenwärtige Wert aller künftigen jährlichen Belastungen aus dem Zugang an fürsorgeberechtigten Kindern auf rund 6¼ Milliarden Mark.

Für die Beitragsleistung kämen in Betracht von den männlichen Versicherten 5 665 600 ledige und 4 387 300 verheiratete, verwitwete oder geschiedene Personen. Die weiblichen Versicherten seien sämtlich als beitragspflichtig vorausgesetzt. Auf Grund der Beobachtungen bei der Landesversicherungsanstalt Berlin entrichtet ein männlicher Versicherter im Durchschnitt jährlich 41, ein weiblicher Versicherter nur 37 Wochenbeiträge. Mit der zunehmenden Zahl von Versicherten infolge der allgemeinen Bevölkerungsvermehrung wird auch die Einnahme an Beiträgen wachsen. Unter Berücksichtigung der Verwaltungskosten kommen die Berechnungen zu dem Ergebnis, daß sich der **wöchentliche Beitrag für die Wohnversicherung auf 28 ₰ belaufen würde.** Das Reich könnte sich an der Aufbringung der Mittel in der Weise beteiligen, daß es für einen Bruchteil der Beiträge aufkommt, oder daß es, entsprechend den im § 1285 RVO. vorgesehenen Zuschußleistungen zu den Waisenrenten, alljährlich einen festbegrenzten Zuschuß zu den Renten der Wohnungsfürsorge gewährt. Würde der erstgenannte Weg gewählt, so würde eine Beteiligung des Reichs mit einem Viertel der Beiträge eine Aufwendung von anfänglich rund 50 Millionen Mark erfordern. Sieht man zu jeder Rente einen festen Zuschuß von 25 ℳ vor, so würde für den Bestand an versorgungsberechtigten Kindern eine Ausgabe von etwa 40 Millionen Mark erwachsen.

Die Bilanz verschlechtert sich bedeutend, wenn die durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse berücksichtigt werden müssen. Durch den Tod einer großen Zahl männlicher Versicherter wird eine Schar von Kindern vorzeitig fürsorgeberechtigt. Die Dauer der Beitragsleistung ist durch die erhöhte Invaliditätsgefahr der Versicherten verkürzt worden, außerdem bringen die in den nächsten Jahren voraussichtlich in größerer Zahl vorhandenen weiblichen Versicherten geringere Beiträge ein. Setzt man voraus, daß der Wert der Fürsorgeleistung nur um 20 v. H. höher anzunehmen ist, dagegen die Beitragseinnahmen um denselben Vomhundertsatz niedriger zu bewerten sind, so würde sich ein Wochenbeitrag von rund 42 ₰ ergeben. Die Kosten einer Wohnfürsorge werden sich also bei einer vorsichtigen Bemessung der Beiträge kaum niedriger gestalten, als die zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. In dieser Beziehung kommen die Untersuchungen des Reichsamts des Innern trotz erheblicher Abweichungen in den Voraussetzungen für die Gewährung der Rente und in der Zahl der Fürsorgeberechtigten zu demselben Ergebnis wie Schmittmann. Der Reichstagsausschuß für das Wohnungswesen hat die Absicht, über den Gedanken der Wohnversicherung noch eingehend zu beraten.

Literarisches.

Kriegswochenhilfe. Band 3: Kommentar zur Bekanntmachung vom 6. 7. 17 über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes. Von Geh. Regierungsrat **Krause**, Direktor des Oberversicherungsamts zu Gera. Stuttgart 1918. Verlag von J. Heß. 124 Seiten.

Bei der Besprechung der beiden ersten Bändchen, welche die älteren Verordnungen über die Kriegswochenhilfe erläutern, haben wir die Art, wie der Verfasser den Rechtsstoff behandelt, gekennzeichnet und das Buch den Krankenkassen, Behörden und sonst Beteiligten als ein wichtiges, lehrreiches und handliches Hilfsmittel für die Praxis angelegentlich empfohlen (ArbVers. 1915 S. 743). Seitdem hat sich das Buch längst bewährt und wesentlich dazu beigetragen, die Schwierigkeiten in der praktischen Durchführung der Kriegswochenhilfe zu überwinden. Aber die Gesetzgebung hat die Krankenkassen und Behörden inzwischen vor neue, schwierige Aufgaben gestellt durch die Verordnung über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes, der das vorliegende dritte Bändchen gewidmet ist. Mit Recht hebt der Verfasser im Vorwort hervor, daß diese neue Verordnung die verwickeltste ist und wegen der Vielgestaltigkeit der Voraussetzungen besondere Schwierigkeiten der Anwendung bietet. Die Sachkenntnis, Umsicht und Sorgfalt, womit der Verfasser sich auch des neuen Stoffes angenommen, überall Zweck und Sinn der einzelnen Vorschriften reiflich erwogen und danach ihren Inhalt dargestellt hat, sichern auch dieser Arbeit vollen Erfolg.

Kriegswochenhilfe. Von Rechnungsrat Heinrich Schneider. Straßburg i. E. 1917. Selbstverlag. LXIII. und 256 Seiten. Preis mit Porto: 6,25 ℳ.

Es ist ein praktisch wertvoller und vom Verfasser gut durchgeführter Gedanke, daß er zunächst einmal die sechs Verordnungen über Kriegswochenhilfe vollständig mitteilt und daran Erläuterungen in systematischer Gruppierung anschließt: Anspruchsberechtigte, Gegenstand der Wochenhilfe, Antrag, Zahlungsverpflichtung, Übergangsbestimmungen, Erstattungen an die Lieferungsverbände durch das Reich, Inkrafttreten, Außerkrafttreten. In diesen Erläuterungen ist ein überaus reichhaltiger Stoff aus Literatur und Rechtsprechung zusammengetragen und übersichtlich geordnet. Überhaupt ist in der ganzen Anlage des Buches darauf Bedacht genommen, dem Benutzer neben der Übersicht über das Ganze auch das Auffinden des Einzelnen zu erleichtern: durch besondere Hinweise neben dem Text der einzelnen Vorschriften auf die Seite, wo die Erläuterung sich findet, durch Unterteilung der einzelnen Abschnitte, durch Inhaltsübersichten bei den Erläuterungen der einzelnen Paragraphen, durch ein ausführliches Sachverzeichnis am Schlusse.

Die Kriegsverordnungen zur Unfallversicherung und das Gesetz über **Fürsorge für Kriegsgefangene.** Von Dr. Wilhelm Rabeling, Geh. Regierungsrat. Berlin 1918. Carl Heymanns Verlag. 125 Seiten. Preis 5 ℳ.

Das Buch ist ein Nachtrag zum dritten Bande des im gleichen Verlag erschienenen großen Kommentars zur Reichsversicherungsordnung und ganz in der Art wie das Hauptwerk gearbeitet, das durch die vorliegende Arbeit in sehr erwünschter Weise ergänzt wird. Die Darstellung des Unfallversicherungsrechts im Rahmen des Kommentars durch den Verfasser im Verein mit Moesle war eine besonders treffliche Leistung, die sich längst allseitige Anerkennung errungen

hat. Die gleiche Beherrschung und eindringende Prüfung des Rechtsstoffs, die übersichtliche Anordnung und klare Darstellung, die umsichtige Verwertung der Literatur und Rechtsprechung zeichnen auch diesen Nachtrag aus. Der Rechtsstoff ist nach fünf Gesichtspunkten geordnet: Allgemeines; Angehörige feindlicher Staaten (hier ist das Gesetz über Fürsorge für Kriegsgefangene v. 15. 8. 17 eingereiht); Vaterländischer Hilfsdienst ; Umfang und Gegenstand der Versicherung; Leistungen der Unternehmer und Unfallverhütung. Ein hiernach gegliedertes Inhaltsverzeichnis und ein ausführliches Sachregister erleichtern noch die Übersicht für den praktischen Gebrauch dieses sehr empfehlenswerten Buches.

Plan einer allgemeinen Wochenhilfe als Weiterführung der Reichswochenhilfe nach dem Kriege. Von Klara Schloßmann. München und Leipzig 1918 bei Duncker u. Humblot. 18 Seiten.

Das Heftchen ist ein Sonderabdruck aus Schmollers Jahrbuch. Die in sozialer Arbeit eifrig tätige und auch in den Rechtsgrundlagen bewanderte Verfasserin geht davon aus, daß auf der guten vorhandenen Grundlage weiter zu bauen, daß die Reichswochenhilfe an die Friedensverhältnisse anzupassen und, unter Ausfüllung ihrer Lücken, möglichst an das Vorhandene, also an die Krankenversicherung, anzugliedern sei. Die Versicherung soll sich auf alle „minderbemittelten" Wöchnerinnen, wenn möglich bis zur Einkommensgrenze von 5000 M, erstrecken. Für die Mitglieder der Krankenkassen und für die versicherungsfreien Ehefrauen der Mitglieder soll die Wochenhilfe eine Pflichtleistung, für andere Frauen ein Gegenstand der freiwilligen Versicherung sein. Dies, sowie der Inhalt der aus der Versicherung erwachsenden Ansprüche wird näher entwickelt und begründet; auch die Kostenfrage wird erwogen und als Lösung ein Reichszuschuß von etwa 40 bis 50 M zu jedem Wochenhilfefall empfohlen. Es kann hier nicht auf die Einzelheiten, insbesondere nicht auf die recht heikle Kostenfrage, eingegangen werden. Jedenfalls ist zu sagen, daß die lesenswerte Arbeit auf einem verständigen Grundgedanken beruht und erwägenswerte Vorschläge enthält.

Ein Ausbau der Sozialversicherung und der Wohnungsfürsorge nach bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten. Von Geheimem Oberregierungsrat Düttmann. Oldenburg i. Gr. 1918. Verlag des Versicherungsboten: Ad. Littmann. 36 Seiten.

Auch diese Arbeit, ein erweiterter Abdruck aus dem „Versicherungsboten", entwickelt an erster Stelle unter den „Leitsätzen" die Normen für eine Reichswochenhilfe im Anschluß an die Krankenversicherung, jedoch in anderer, minder weitgehender Art. Daran schließen sich Vorschläge für einen Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung unter bevölkerungspolitischen Beweggründen, dann der Plan für eine Vereinigung der Angestelltenversicherung mit der allgemeinen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, schließlich Leitgedanken für eine Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien. Hinsichtlich der Wohnungsfürsorge haben wir die Vorschläge des Verfassers oben S. 374 in anderem Zusammenhange mitgeteilt. Im übrigen können wir im Rahmen dieser Anzeige nicht einmal den näheren Inhalt der einzelnen Vorschläge andeuten, geschweige denn auf die ihnen beigegebene „Begründung und Erläuterung" eingehen, sondern müssen uns begnügen, allen sozial Interessierten diese Schrift zu empfehlen, in der ein an Kenntnissen und Erfahrungen reicher Sozialpolitiker einen wohlerwogenen, auch in Einzelheiten ernst und gewissenhaft durchdachten Plan der Öffentlichkeit unterbreitet.

Jahrbuch der Arbeiterversicherung für 1918. Nach amtlichen Quellen zusammengestellt und herausgegeben von P. Schindler und Dr. Hans Götze. 30. Jahrgang in drei starken Bänden. Berlin 1918. Ferd. Dümmlers Verlagsbuchhandlung. Gesamtpreis 17 M.

Unseren Lesern ist diese alljährliche literarische Erscheinung als ein wichtiges Hilfsmittel von bewährter Zuverlässigkeit bekannt. Es gehört zum fast unentbehrlichen Rüstzeug für alle, die an der Reichsversicherungsordnung praktisch interessiert sind, insbesondere für Versicherungsbehörden, Versicherungsträger und ihre Organe, für Beamte, Vertrauensmänner, Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten, Verwaltungs- und Gerichtsbehörden, Rechtsanwälte, Ärzte, Schriftleitungen und Mitarbeiter sozialpolitischer und sozialrechtlicher Zeitschriften usw. Daß das Werk diesmal etwas später als üblich erscheint, ist verschuldet und wird aufgewogen durch den erfreulichen Umstand, daß die Herausgeber und der Verlag unter Überwindung der durch die Kriegsverhältnisse bedingten Schwierigkeiten es ermöglicht haben, statt des in den letzten Jahren gebotenen Ergänzungsbandes das Buch wieder in der alten, vollständigen Form zu bringen. Aus dem reichen Inhalt der einzelnen Bände heben wir folgendes hervor: Band I, betreffend Allgemeines: Kalender usw.; statistische Notizen; Organisation der Versicherungsbehörden; Einführungsgesetz nebst Buch 1, 5, 6 der Reichsversicherungsordnung mit Anmerkungen unter Berücksichtigung der Rechtsprechung bis in die neueste Zeit hinein; Verordnungen, Bekanntmachungen, Anweisungen zur Durchführung der RVO.; Verschiedenes; Sachregister; Nachweisungen der Ortslöhne, der durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter, der Heuer usw. — Band II, betreffend Unfallversicherung: Organisation der Versicherungsträger; Buch 3 der RVO. mit Anmerkungen: Unfallfürsorgegesetze; Verordnungen usw. zur Durchführung; Verschiedenes. — Band III, betreffend Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung: Organisation der Versicherungsträger (Versicherungsanstalten und Sonderanstalten; Buch 2 und 4 der RVO. mit Anmerkungen; Verordnungen usw. zur Durchführung; Verschiedenes (Verzeichnis der Montage von 1886 bis 1920, Wochenzähler für 1917 und 1918).

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Beginn des Arbeitsverhältnisses trotz Nichtleistung von Diensten.

1. **Nach Altena.** Antwort: Unter der Voraussetzung, daß Sch. gemäß den mit der Firma getroffenen Abreden sofort bei seiner Entlassung aus dem Heeresdienste seine Arbeit aufnehmen sollte, begann das neue Arbeitsverhältnis mit dem Augenblicke, da er sich zur Verfügung stellte. Hierbei war es unerheblich, wenn aus irgendwelchen Gründen die Firma von seinen Diensten einstweilen keinen Gebrauch machte. Demnach wurde er unseres Erachtens mit dem 4. April Mitglied der Betriebskrankenkasse und erwarb mit seiner Erkrankung am 8. desselben Monats Anspruch auf Krankenhilfe, obwohl er in diesen vier Tagen tatsächlich nicht gearbeitet hatte. Denn die Dienstbereitschaft, die der Firma jederzeit die Verfügung über die Arbeitskraft ermöglichte, steht der wirklichen Arbeit gleich. Anders, wenn das Arbeitsverhältnis überhaupt noch nicht angetreten war (Heft 17 S. 340 Ziff. 2).

Hausgewerbetreibende können während des Krieges nur der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse angehören.

2. **Nach Neusalz (Oder).** Antwort: Wenn Sie mit Bezug auf unsere Auskunft im Heft 14 S. 280 Ziff. 7 bemerken, es werde neuerdings von verschiedenen Seiten die Auffassung vertreten, daß der Ausdruck „im Betriebe" auch die für die Fabrik außerhalb derselben Beschäftigten, also auch die Hausgewerbtreibenden und Heimarbeiter, umfassen, so muß diese Auffassung, soweit sie sich auf die Hausgewerbtreibenden bezieht, als unrichtig bezeichnet werden. Sie verkennt den Unterschied zwischen den begrifflich „selbständigen" Hausgewerbtreibenden (§ 162 RVO.) und den unselbständigen Heimarbeitern (zu vgl. hierüber Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 162). Die letzteren sind nur räumlich außerhalb der Betriebsstätte des Unternehmers, aber doch in seinem Betriebe beschäftigt, da sie einen eigenen Betrieb nicht haben, während die ersteren als selbständige Gewerbetreibende einen eigenen Betrieb haben und in diesem, also nicht im Betriebe des Unternehmers, für den sie arbeiten, beschäftigt sind und deshalb nicht der Betriebskrankenkasse dieses Unternehmers angehören können. Bei der Frage aber, welcher Krankenkasse die Hausgewerbtreibenden anzugehören haben, die für eine Fabrik mit eigener Betriebskrankenkasse arbeiten, ist folgendes zu beachten: Für die Dauer des Krieges sind nach § 3 Abs. 1 der Bekanntmachung vom 4. August 1914 die Vorschriften der RVO. über die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft gesetzt, doch kann eine solche Versicherung durch Ortsstatut nach näherer Vorschrift des Abs. 2 a. a. O. geregelt werden. Dabei ist auch die Kassenzugehörigkeit zu bestimmen. Eine Zuweisung der Hausgewerbtreibenden an die Betriebskrankenkasse ist aber aus dem in unserer Auskunft angegebenen Grunde ebenso ausgeschlossen, wie die Zuweisung an eine besondere Ortskrankenkasse es sein würde (und ebenso an eine Innungskrankenkasse; § 250 RVO.). Daher kann das Ortsstatut nur zwischen der allgemeinen Ortskrankenkasse und der Landkrankenkasse wählen (§ 234), sofern beide Kassenarten nebeneinander bestehen; der § 466 RVO. steht diesem Wahlrechte nicht entgegen, weil er durch § 3 der Bekanntmachung vom 4. August 1914 mit außer Kraft gesetzt ist. Ist nur eine allgemeine Ortskrankenkasse oder nur eine Landkrankenkasse vorhanden (§§ 227 bis 230 RVO.), so kann die Versicherung nur bei dieser Kasse erfolgen.

a) Kassenbeiträge für Werktage. b) Aufrücken eines erwerbsunfähig Kranken in eine höhere Lohnstufe. c) Teuerungszuschlag und Abschlag von der Arzneitaxe.

3. **Postkrankenkasse X.** Antwort: a) Wenn die Satzung für die Berechnung der Beiträge bestimmt, daß die Zahl der Werktage mit „durchschnittlich" 25 für den Monat angesetzt wird, so kann das nicht anders verstanden werden, als daß die Beträge immer für 25 Tage zu berechnen sind, auch wenn der einzelne Monat mehr oder weniger Werktage umfaßt.

b) Wenn als Zahltag für die Beiträge der Monatsschluß bestimmt ist, so wird jede im Laufe des Monats eingetretene Lohnänderung für die Feststellung der Lohnstufe erst mit dem Monatsschlusse wirksam (§ 318 Abs. 3 RVO.; § 9 Abs. 4 der Satzung). Das vom 1. bis 10. des Monats in Lohnstufe 3 weiter (§ 211 Halbsatz 2), da die höhere werbsunfähig erkrankte Mitglied rückt also infolge der am 11. des Monats eingetretenen Lohnänderung erst am 1. des nächsten Monats in die Lohnstufe 6 auf, bezieht aber wegen des schon vorher eingetretenen Versicherungsfalls nur das Krankengeld der Lohnstufe 3 weiter (§ 211 Halbsatz 2), da die höhere Lohnstufe, wonach sich der Grundlohn und folglich auch das Krankengeld bemißt, bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht wirksam geworden war.

c) Der Teuerungszuschlag zum Preise der Arzneitaxe ist ein Teil des Arzneipreises und wird daher mit von dem Abschlag betroffen, den die Apotheken den Krankenkassen nach § 376 RVO. zu gewähren haben.

Kriegswochenhilfe durch bestimmte Hebammen.

4. **Nach Fr.** Antwort: Wir halten das Verfahren der Kasse für einwandfrei und nehmen nicht an, daß es dem Versicherungsamt einen Grund zum Einschreiten im Aufsichtswege bieten kann. Der Beschluß des Vorstandes, gemäß § 4 der Bekanntm. v. 3. 12. 14 über Kriegswochenhilfe statt der baren Beihilfen nach § 3 Ziff. 1 und 3 freie Behandlung durch Hebamme und Arzt usw. zu gewähren, ist allerdings keine Maßnahme der Krankenversicherung auf Grund der RVO., und es findet darauf weder § 368 RVO.,

der sich übrigens nur auf Ärzte bezieht, noch die Bestimmung der Satzung Anwendung, wonach entsprechendes auch von Hebammen gilt. Allein das Recht der Kasse, jene Barleistungen allgemein durch Sachleistungen zu ersetzen, schließt ohne weiteres auch ein näheres Bestimmungsrecht zur Ausführung des Beschlusses, insbesondere die Befugnis ein, zu bestimmen, daß die Behandlung nur durch bestimmte Ärzte und Hebammen gewährt wird. Nur darauf wird das Versicherungsamt zu achten haben, daß nicht durch diese Ausführungsbestimmungen die berechtigten Anforderungen der Wöchnerinnen beeinträchtigt werden, daß also namentlich nicht durch zu weitgehende Beschränkung der Auswahl unter den vorhandenen Hebammen der Zweck des Gesetzes gefährdet wird. Wenn also eine Wöchnerin gerade die Hilfe die Rede sein, wenn der Vorstand einen Beschluß gefaßt und bekannt gemacht hat, wonach 19 Hebammen zur Behandlung zugelassen sind und nur eine einzige, die von dem mit der Kasse getroffenen Abkommen zurückgetreten ist, von der Behandlung ausgeschlossen wird. Wenn also eine Wöchnerin gerade die Hilfe dieser einen, ausgeschlossenen Hebamme in Anspruch nimmt, so ist die Kasse weder verpflichtet diese zu bezahlen, noch der Wöchnerin die Barleistung zu gewähren (zu vgl. Krause Anm. 2, vorletzter Absatz, zu § 4 der Bek.), es sei denn, daß ein dringender Fall vorlag und eine zugelassene Hebamme nicht rechtzeitig zu erreichen war. Im Streitfalle entscheidet hierüber das Versicherungsamt allerdings im Spruchverfahren gemäß § 7 der Bek.; zu einer allgemeinen Anordnung im Aufsichtswege aber liegt, wie erwähnt, kein Anlaß und keine Befugnis des Versicherungsamts vor.

Arbeiten von mindestens einer Woche für denselben Arbeitgeber als unständige Beschäftigung.

5. **Nach D.** Antwort: Der Arbeiter ist offenbar, wie üblich, für jeden einzelnen Umzug besonders angenommen worden. Da dieser weniger als eine Woche beanspruchte, so liegt eine unständige Beschäftigung vor, mögen auch die Tätigkeiten zusammen eine Woche oder mehr Zeit in Anspruch genommen haben. Ein einheitliches und deshalb nicht als unständig anzusehendes Beschäftigungsverhältnis wäre nur dann anzunehmen, wenn der Arbeiter verpflichtet gewesen wäre, sich auch während etwaiger Pausen zwischen den einzelnen Umzügen zur Verfügung des Spediteurs zu halten. Daß dies der Fall gewesen sei, ist nicht ersichtlich. Daß aber die vier Umzüge sich tatsächlich aneinander geschlossen haben, ist belanglos, wenn dies nicht vorher zu sehen und danach im voraus mit einer Beschäftigung von mehr als einer Woche zu rechnen war.

Arzthilfe für Angehörige des Versicherten als Privatkranke.

6. **Nach T.** Antwort: Unsere Auskunft im Heft 13 S. 260 Ziff. 24 gilt grundsätzlich auch in dem von ihnen herangezogenen Falle, daß vertraglich der Arzt für die Behandlung der Familienangehörigen Pauschbeträge erhält, die nach der Zahl der Versicherten auf das Jahr berechnet werden. Selbstverständlich soll der Arzt nicht für dieselbe Zeit sowohl vom Kranken als auch von der Kasse Vergütung erhalten. Das liegt aber auch nicht vor, wenn er sich für die Zeit bis zur Beibringung des Mitgliedsausweises an den Kranken und erst für die weitere Zeit an die Kasse hält. Daß er nach seinem Vertrage für diese letztere Zeit unter Umständen dasselbe erhält, was er zu beanspruchen gehabt hätte, wenn er den Kranken von vornherein als Kassenkranken behandelt hätte, kann in keiner Weise auf den schon vorher für die vergangene Zeit erworbenen Anspruch auf Vergütung für die Privatbehandlung zurückwirken. Man kann in solchen Fällen nicht von einer ungerechtfertigten Doppelzahlung für denselben Zeitraum reden.

Fortzahlung der Beiträge bis zum Eingang der Abmeldung (§ 397 Abs. 1 RVO.).

7. **Nach St. W.** Antwort: Die Kasse ist im Recht. Die Entscheidung des Versicherungsamts beruht auf der Annahme, daß es für die Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung der Beiträge darauf ankomme, ob er die Abmeldung rechtzeitig bewirkt hat oder nicht. Das ist irrig. Nach dem klaren Wortlaut des § 397 Abs. 1 RVO. sind die Beiträge „bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen". Die Abmeldung gilt als bewirkt mit ihrem Eingang bei der Kasse (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 495, 1916 S. 615). Bis dahin hat also der Arbeitgeber die Beiträge auch dann fortzuzahlen, wenn er die Abmeldung rechtzeitig in der dafür vorgeschriebenen Frist erstattet hat. Das entspricht auch der Natur des § 397 Abs. 1 RVO. als einer Ordnungsvorschrift, die schuldhafte Verletzung der Meldepflicht nicht voraussetzt (zu vgl. Entsch. des RVA. 2054, ArbVers. 1915 S. 590).

Anrechnung der militärischen Bezüge eines zum Staatsdienst beurlaubten Gemeinen auf die Teuerungszulage.

8. **Nach Iserlohn.** Antwort: Ein Staatsbeamter, der vom Militär einstweilen beurlaubt ist, um demnächst entlassen zu werden, erhält, wenn er wieder seinen Dienst bei der Behörde versieht, dennoch bis zu seiner Entlassung als Gemeiner Löhnung und Verpflegungsgelder. Die Löhnung wird ihm auch nicht auf die Teuerungszulage angerechnet, wohl aber die Verpflegungsgelder.

Amtsdauer des Vorsitzenden des Kassenvorstandes.

9. **Nach Kl.** Antwort: An unserer Auskunft im Heft 10 S. 200 Ziff. 7 halten wir fest. Freilich besagt diese Auskunft nur, daß die Amtsdauer des Vorsitzenden durch die Bundesratsverordnungen nicht verlängert worden ist. Daraus folgt, daß eine Neuwahl zu erfolgen hat, wenn seine Amtszeit als Vorsitzender abläuft, obwohl seine Amtszeit als Mitglied des Vorstandes auf Grund jener Verordnungen noch fortdauert. Eine andere Frage ist die, ob die Amtsdauer des Vorsitzenden als solchen abgelaufen ist. Hierfür ist nicht § 16 RVO. maßgebend, der sich — wie jene Verordnungen — nur auf Wahlen zu den Kassenorganen, nicht auf Wahlen innerhalb der Organe bezieht; die Dauer der Wahlzeit des Vorsitzenden, wie anderer innerhalb der Organe Gewählter (Kommissionen, Unterausschüsse), ist vielmehr durch die Satzung zu bestimmen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. zu § 16 und Anm. 3 Ziff. 4 und 5 zu § 321 RVO.). Wenn nun die Satzung, wie dies im vorliegenden Falle zutrifft, hierüber eine besondere Bestimmung nicht enthält, so ist anzunehmen, daß man bei Errichtung der Satzung davon ausgegangen ist, daß die Wahl zum Vorsitzenden des Vorstandes für die Dauer des Vor-

standsamts gelte, aber doch nur für diejenige Dauer des Vorstandsamts, mit der bei der Wahl gerechnet werden konnte. Wenn z. B. die Dauer des Mitgliedsamts durch Wiederwahl verlängert wird, so hat das nicht zugleich eine Verlängerung der Amtszeit des Wiedergewählten in seiner Eigenschaft als Vorsitzender zur Folge, sondern es ist eine Neuwahl zu diesem besonderen Amt erforderlich; und ebenso ist eine Neuwahl im vorliegenden Fall erforderlich, weil die Verlängerung des Vorstandsamts durch die Bundesratsverordnung nicht zugleich eine Verlängerung des Amts als Vorsitzender bewirkt.

Zugehörigkeit zur Orts- oder knappschaftlichen Krankenkasse?

10. **Nach S.** Antwort: Nach § 1 Abs. 3 des preuß. Knappschaftsgesetzes in der Fassung v. 17. 6. 12 können die Arbeiter und Beamten bei Gewerbsanlagen, die mit knappschaftspflichtigen Werken verbunden sind, auf den gemeinschaftlichen Antrag der Werksbesitzer und der Mehrheit der künftigen beitrittspflichtigen Mitglieder in den Knappschaftsverein aufgenommen werden. So scheint die Sache hinsichtlich der Blechfabrik und des Kalkwerks, deren Eigentümer früher auch eine Eisengießerei (einen Hüttenbetrieb) besaß, zu liegen. Bestimmteres hierüber ist Ihren Angaben nicht zu entnehmen; sie bieten namentlich keine Grundlage für die Beurteilung der Frage, ob die Aufnahme in die Knappschaft mit Recht erfolgt ist und ob die Zugehörigkeit der Blechfabrik und des Kalkwerks zur Knappschaft noch nach der Veräußerung des Hüttenwerks fortbestehen kann. Dabei käme vor allem auch die Knappschaftsvereinssatzung in Betracht. Es wird aber hierauf nicht ankommen, wenn der Arbeitgeber, die Versicherungspflichtigen und die knappschaftliche Krankenkasse über die Zugehörigkeit jener Gewerbsanlagen zur Knappschaft und folglich auch über die Zugehörigkeit der Arbeiter zur knappschaftlichen Krankenkasse einig sind; denn die Ortskrankenkasse hat kein selbständiges Recht, der Zugehörigkeit eines Betriebes zur Knappschaft zu widersprechen; sie muß also die Mitgliedschaft der Arbeiter bei der knappschaftlichen Krankenkasse gelten lassen und kann diese Personen daher nicht als Mitglieder der Ortskrankenkasse in Anspruch nehmen (§ 225 Abs. 2 RVO.; zu vgl. ArbVers. 1909 S. 316 Ziff. 15).

Krankengeldanspruch einer weiterversicherten Frau, die ihren Haushalt besorgt.

11. **Nach Offenburg.** Frage: In Nr. 12 der ArbVers. S. 239 Ziff. 9 beantworten Sie eine Anfrage dahin, daß eine weiterversicherte Ehefrau im Falle einer Krankheit keinen Anspruch auf Krankengeld hat, sofern dieselbe nach wie vor ihren Haushalt weiterversehen kann. Nach Hahn, Anm. 3 zu § 313 RVO. bleibt im Falle der Weiterversicherung die Versicherung grundsätzlich so weiter bestehen, wie sie bisher bestand. Wer nach seinem Arbeitsverhältnis nur an bestimmten Wochentagen zu arbeiten hatte, so daß ihm im Falle der Erwerbsunfähigkeit Krankengeld nur für diese Tage gebührte, der bleibt auch weiterhin nur in so beschränkter Weise versichert. Wie verhält es sich nun, wenn die in der erwähnten Anfrage in Betracht kommende weiterversicherte Fabrikarbeiterin infolge der Erkrankung nicht imstande wäre, ihrer Fabrikarbeit nachzugehen, wohl aber ihren kleinen Haushalt nach weiterversehen kann, wie sie dies auch früher nebenher getan hat? Nach unserer Meinung müßte das Krankengeld gewährt werden, da ja das Versicherungsverhältnis nach der früheren Pflichtversicherung beurteilt werden muß. Unseres Erachtens sollten die Kassen bei derartigen Fällen einen nicht zu strengen Maßstab anlegen, denn ein großer Teil der Versicherten dieser Art wird eben versuchen, die Haushaltungsarbeiten unter Aufbietung aller Kräfte solange als möglich selbst auszuführen, da ihnen Mittel zur Annahme fremder Hilfskräfte gewöhnlich nicht zur Verfügung stehen.

Antwort: Nur eben das Versicherungsverhältnis der Weiterversicherten, insbesondere also das Maß ihrer Ansprüche gegen die Kasse, ist nach der früheren Pflichtversicherung zu beurteilen, nicht aber die Frage, ob überhaupt ein Anspruch, insbesondere auf Krankengeld, besteht. Diese Frage kann selbstverständlich nur nach den Umständen zur Zeit des Versicherungsfalls beurteilt werden. Für die Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Weiterversicherten kann es daher nicht auf den früheren, sondern nur auf den gegenwärtigen Beruf ankommen. Wenn aber dieser gegenwärtige Beruf so geringe Ansprüche an die Arbeitskraft stellt, wie Sie anscheinend unterstellen, so mag es sich rechtfertigen, zu sagen, daß der der Versicherten trotz ihrer Krankheit noch verbliebene Rest von Arbeitsfähigkeit nicht ausreichen würde, einen Verdienst von irgendwelchem Belang zu erzielen, und dann würde das Krankengeld zuzubilligen sein.

a) Beschäftigung der Ehefrau des Versicherten begründet kein Beitrittsrecht nach § 176 RVO.
b) Weiterversicherung nach § 313 RVO. nur bei der bisherigen Kasse.

12. **Nach E.** Frage: a) Gehören Ehefrauen der landwirtschaftlichen Arbeiter, die nur im eigenen Haushalt Beschäftigung finden, bzw. in den Sommermonaten einige Stunden am Tage ihren eigenen Garten bewirtschaften, zu den im § 176 RVO. bezeichneten versicherungsberechtigten Personen?

b) Nach § 313 RVO. können Kassenmitglieder, wenn sie aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, Mitglieder der Kasse bleiben. Es tritt sehr oft der Fall ein, daß solche Mitglieder infolge Verheiratung den Kassenbezirk verlassen, ihre Weiterversicherung aber bei der Kasse ihres neuen Wohnortes auf Grund obigen Paragraphens beantragen. Ist diese Kasse verpflichtet, solche Personen ihrem Antrage entsprechend aufzunehmen?

Antwort: a) Die Ehefrauen sind nicht beitrittsberechtigt. Denn sie gehören weder zu den „Beschäftigten der im § 165 Abs. 1 RVO. bezeichneten Art", d. h. zu den „Arbeitern" usw. der Versicherten, noch stellt ihre Beschäftigung im Haushalt des Ehemannes oder im eigenen Garten eine Tätigkeit „in seinem Betriebe" dar. Es trifft also weder Ziff. 1 noch Ziff. 2 des § 176 RVO. zu.

b) Die Frage ist zu verneinen. Unter den Voraussetzungen des § 313 RVO. kann ein aus der Versicherungspflicht ausscheidender Versicherter „Mitglied bleiben". Das bedeutet selbstverständlich nur, daß der Versicherte der bisherigen Kasse weiter angehören, nicht aber (ohne die Voraussetzungen der §§ 176, 310 RVO.) einer anderen Kasse beitreten kann.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1214 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. | 11. Juli 1918. | Heft 20

Die Teuerungszulage für Empfänger von mehreren Unfallrenten.

Von Heinrich v. Meer, Direktor des Kgl. Oberversicherungsamts in Trier.

Die fortschreitende Entwertung des Geldes und die zunehmende Teuerung auf allen Lebensgebieten hatte zu Beginn des Jahres 1917 außerhalb und innerhalb des Reichstages Bestrebungen zugunsten der Empfänger von Renten aus der sozialpolitischen Versicherung wach gerufen. Man erwog, daß zwar manche Rentenempfänger in der Lage seien, die ihnen verbliebenen Arbeitskräfte bei der großen Nachfrage nach solchen günstiger auszunutzen und den Druck jener Erscheinungen in etwas auszugleichen, daß aber die völlig Arbeitsunfähigen oder auch nur die erheblich in ihrer Erwerbsfähigkeit Geschädigten sich von dieser Möglichkeit ausgeschlossen sähen und der Hilfe dringend benötigten. In seiner Herbsttagung hat der Hauptausschuß des Reichstages einen dahingehenden Antrag formuliert und die verbündeten Regierungen ersucht, auf Grund des § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) eine entsprechende Verordnung zu erlassen. Als Frucht dieses Antrags ging für den Bereich der Unfallversicherung die Bekanntmachung des Bundesrats vom 17. Januar 1918 (RGBl. S. 31, ArbVers. Heft 5 S. 95) hervor. Sie gewährt als Kriegsmaßnahme Verletzten, welche auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente von ⅔ oder mehr der Vollrente beziehen, bei Vorhandensein bestimmter Voraussetzungen auf Antrag eine monatliche Zulage von 8 *M* und legte deren Zahlung den Versicherungsträgern auf.

Bei Ausführung der Verordnung entsteht eine Schwierigkeit für den Fall, daß der Antragsteller mehrere Unfälle erlitten hat, ohne für einen derselben eine Rente in Höhe von 66⅔ v. H. oder mehr zu beziehen, während die gesamte Einbuße an Erwerbsfähigkeit, wenn sie durch einen einzigen Unfall herbeigeführt wäre, eine Rente von mindestens ⅔ der Vollrente bedingt haben würde. Zur Erläuterung ein Beispiel aus der Praxis: Der Arbeiter H. aus T. verlor durch einen ersten Unfall den linken Unterschenkel unter dem Knie, durch einen zweiten auch das linke Knie mit dem unteren Drittel des Oberschenkels. Für jenen Unfall bezieht er eine Rente von 50 v. H., für diesen eine solche von 40 v. H. Hätte ein einziges Betriebsereignis gleich die Absetzung des linken Beins im Oberschenkel verschuldet, so würde dem Verletzten dauernd oder sicherlich für eine Reihe von Jahren eine Rente von mindestens ⅔ der Vollrente zuerkannt worden sein. (Vgl. Entsch. des RVA. vom 6. Oktober 1909 Ia 6658/09 13 B). Die Berufsgenossenschaft hat den Antrag auf Zulage nur deshalb abgewiesen, weil der Verletzte keine Rente in Höhe des Mindestsatzes bezöge. Nach dem bloßen Wortlaut ist sie hierbei zweifellos im Recht. Geht man indessen auf den Zweck der Verordnung zurück, nach welchem die um ⅔

oder mehr in ihrer Erwerbsfähigkeit Geschädigten vor dringendster Not geschützt werden sollen, so kann die wörtliche Auslegung keine Befriedigung auslösen; sie führt im Gegenteil zu einer Ungeheuerlichkeit, wie sie sicherlich nicht den Absichten des Bundesrats entspricht. Es bleibt daher nur übrig, zu versuchen, ob sich nicht eine sinngemäße Auslegung ermöglichen läßt, ohne mit dem Wortlaut in Widerspruch zu geraten.

Der Antragsteller selbst wird regelmäßig die Schwierigkeit, wenn er überhaupt an eine solche glaubt, überwinden zu können glauben, indem er die einzelnen Prozentsätze zusammenzählt. Zu demselben Ausweg gelangt Dr. Fischer („Teuerungszulagen der Unfallrentner", ArbVers. 1918 Heft 11). Er meint (S. 203), wer aus einem Unfall 20 v. H., aus einem anderen 33⅓ v. H. und aus einem dritten 15 v. H. beziehe, habe Anspruch auf die Zulage, weil er insgesamt 68⅓ v. H. Rente erhalte. Dies möchte vielleicht auf den ersten Blick einleuchtend erscheinen und sich als nächstliegende Lösung empfehlen. Indessen wirft sich bei Erhöhung der von Fischer in seinem Beispiel gegebenen Sätze etwa auf 50, 60, 90, Zahlen, welche einwandfrei im Bereich der Möglichkeit liegen, sofort ein neues Rätsel auf: Durch Zusammenzählen würde hier der Verletzte eine Erwerbsunfähigkeit und eine Rente von 200 v. H. erreichen. Dies ist nach dem Gesetze nicht denkbar; weder der Erwerbsunfähigkeit noch Rente können 100 v. H. übersteigen (§ 559 RVO.).

Die einfache Zusammenrechnung der verschiedenen Prozentsätze scheitert hiernach schon an einem äußeren Moment; sie verbietet sich überdies aus einem inneren Grunde. Die Prozentsätze für die Renten aus den einzelnen Unfällen sind im Verhältnis zueinander unvergleichbare (inkommensurable) Größen und lassen sich deshalb ebensowenig zusammenrechnen wie 50 Pferde, 60 Rinder und 90 Schafe. Die Erwerbsfähigkeit nämlich, deren Einbuße aus Anlaß eines Unfalles als Maßstab für die Rentenberechnung dient, ist nach der RVO. nicht die absolute eines normalen Arbeiters, sondern die persönliche, relative des Verletzten, welche jeweilig, also auch wenn schon Unfälle mit dauernden Folgen vorher gegangen sind, mit 100 v. H. angesetzt wird. (§§ 559, 563—570 RVO.). War der Verletzte vor dem Unfall z. B. nur zur Hälfte gegenüber einem normalen Arbeiter erwerbsfähig, und bewirkt der Unfall, daß er sich im Erwerbsleben überhaupt nicht mehr wirtschaftlich betätigen kann, so verliert er damit zwar nur weitere 50 v. H. der normalen Erwerbsfähigkeit, in bezug auf seine Person aber die volle Erwerbsfähigkeit, die er vor dem Unfall besaß, also 100 v. H. derselben. Der Erwerbsfähigkeit des Versicherten wohnte somit bei jedem früheren Unfall mit dauernden Folgen eine andere wirtschaftliche Bedeutung inne wie bei dem späteren. (Vgl. Handb. der UnfVers. I S. 265, II S. 92; Rek. Entsch. 1642, 1930, 2270; Amtl. Nachr. 1897 S. 461, 1902 S. 376, 1908 S. 571.)

Es steht unter diesen Umständen in Frage, ob sich nicht auf irgendeine Weise eine Vereinheitlichung der verschiedenen Renten zustande bringen läßt. Wie schon oben hervorgehoben, geht die RVO. bei der Rentenfeststellung aus Anlaß eines Betriebsunfalles von den persönlichen Verhältnissen des Verletzten aus: Es wird einerseits die Einbuße an der jeweiligen persönlichen Erwerbsfähigkeit voll zugrunde gelegt, und anderseits die Rente nach dem Jahresarbeitsverdienst berechnet, wie er sich entsprechend den Arbeitskräften des Verletzten vor dem Unfall auf dem Arbeitsmarkt von selbst reguliert hat. Nun gibt es aber noch eine andere Methode, welche die Bewertung der Unfallfolgen und den Jahresarbeitsverdienst nach dem Maßstabe eines gesunden Durchschnittsarbeiters von der Art des Verletzten beurteilt. Danach wird umgekehrt wie bei jener Methode die Rente stets vom vollen Normalverdienst berechnet, mag der Verletzte persönlich infolge seiner schon vorher beeinträchtigten Körperkräfte auch nicht mehr imstande gewesen sein, so viel Lohn zu erzielen. Zum Ausgleich wird nicht die Gesamtbeein-

trächtigung der Erwerbsfähigkeit, es sei denn, daß es sich um den ersten Unfall eines bis dahin mit normaler Erwerbskraft versehenen Versicherten handelte, sondern nur die Differenz zwischen jener und der früheren Beeinträchtigung entschädigt. Wenn der Versicherte beispielsweise durch einen Unfall 50 v. H. normaler Erwerbsfähigkeit und durch einen späteren Unfall weiter 30 v. H. davon verloren hat, so beträgt die jetzt zu bewilligende Rente nicht 80 v. H. des Normalverdienstes, sondern (80 — 50 =) 30 v. H. desselben. Es sind hier die verschiedenen Rentensätze einheitlicher Natur und erlauben ihre Addition (50 + 30 = 80 v. H.).

Beide Methoden der Berechnung liefern im wesentlichen das gleiche finanzielle Ergebnis, wie in der Rek. Entsch. 2270 (Amtl. Nachr. 1908 S. 375) an Beispielen näher erläutert ist. Es erscheint deshalb die zweite Methode bei Ausführung der Bek. vom 17. Januar 1918 ohne weiteres anwendbar; war dieselbe doch auch zeitweise gesetzlich festgelegt, und zwar im ersten Gesetz über die Unfallversicherung landwirtschaftlicher Arbeiter vom 5. Mai 1886 (§ 6). Da aber die über die Zulage entscheidenden Stellen an die geschehene Rentenfeststellung gebunden sind, so ermangeln sie der Befugnis, eine neue an der Hand der zweiten Methode vorzunehmen. Dagegen steht nichts im Wege, nach ihrem Verfahren die dem Antrag auf Zulage zugrunde liegenden Renten umzurechnen. Hierbei ist es notwendig, bis zur Zeit vor dem ersten Unfall zurückzugehen und zu erwägen, ob der Versicherte damals ein normaler Arbeiter seiner Art war, oder ob irgendwelche Gebrechen seine Erwerbsfähigkeit schon damals wirtschaftlich ungünstig beeinflußten. Wird jene Frage bejaht, so gilt die erste Rentenfeststellung für beide Methoden, und nur die späteren Renten bilden den Gegenstand der Umrechnung. Dies trifft zu für den eingangs erwähnten praktischen Fall (50 v. H. und 40 v. H.). Bezeichnet man die persönliche Erwerbsfähigkeit mit P, die normale mit N, so ergeben sich hier für den zweiten Unfall folgende Schlüsse: 100 P = 50 N;

$$1\,P = \frac{50}{100}\,N;\ 40\,P = \frac{40 \times 50}{100} = \frac{2000}{100} = 20\,N.$$

Daran reiht sich der weitere Schluß für beide Unfälle: 50 v. H. Verlust an Erwerbsfähigkeit N + 20 v. H. desgl. N = 70 v. H. N; d. h. der Verlust von 70 v. H. der normalen Erwerbsfähigkeit ist gleichbedeutend mit dem aus 2 Unfällen stammenden Verlust an persönlicher Erwerbsfähigkeit in Höhe von 50 v. H. und 40 v. H. zusammengefaßt. Die beiden Renten von 50 v. H. und 40 v. H. bilden somit einen gnügenden Untergrund für den Anspruch auf die Zulage. Betrügen die beiden Renten dagegen 50 v. H. und 30 v. H., so würde man nur eine Gesamtrente von 65 v. H. erzielen und damit unter dem Mindestsatz der Bek. vom 17. Januar 1918 bleiben. (Vgl. Dr. Reisser, Zweifelsfragen aus der Bek. vom 17. Januar 1918, „Berufsgenossenschaft" 1918 Heft 5.)

Möglicherweise kommt es auch umgekehrt vor, daß ein mehrfach Verletzter mehrere Renten bezieht, von denen jede ⅔ der Vollrente erreicht oder übersteigt. Es liegt nicht im Sinne der Bundesratsverordnung, daß in solchem Falle die Zulage mehrfach gezahlt wird. Denn im Kampf um das tägliche Brot hat der Mensch nur eine Erwerbsfähigkeit. Wird diese bei dem einen durch ein einziges Ereignis, bei dem anderen durch deren mehrere gemeinsam bis zu einem gewissen Grade geschmälert, so ist für die beiden Betroffenen das Ergebnis das gleiche. Soll ihnen nun wegen ihrer übereinstimmenden wirtschaftlichen Erwerbsbeschränkung eine Unterstützung zuteil werden, so muß sie billiger Weise die gleiche sein.

Rühren die mehrfachen Renten von verschiedenen Versicherungsträgern her, so steht der Verletzte vor einer neuen Frage: „Bei welchem Versicherungsträger ist der Anspruch geltend zu machen, und welcher hat diesen zu verwirklichen?" Eine Antwort findet sich auch hierfür nicht in der Bekanntmachung vom 17. Januar 1918; sie muß daher nach allgemeinen Regeln erfolgen. Da nur die

Zusammenfassung der Renten den Anspruch auf die Zulage begründet, so kann mangels anderweiter Bestimmungen auch die entsprechende Schuld nur gemeinsam den verschiedenen Renten zahlenden Körperschaften obliegen. Nach dem BGB. (§ 420) gilt, wenn bei einem Schuldverhältnis ein Gläubiger mehreren Schuldnern gegenübersteht, bei Teilbarkeit der Leistung auch die Geteiltheit der Schuld. Der Zusatz a. a. O. für den Zweifelsfall, wonach jeder Schuldner zu gleichen Teilen verpflichtet ist, findet hier keine Anwendung; denn da die fragliche Zulage nur dem Gedanken ihre Entstehung verdankt, daß die Unfallrente infolge der jetzigen Teuerung nicht ausreicht, um die erheblich Verletzten vor äußerster Not zu bewahren, und daß deshalb der Rentenschuldner unterstützend beizuspringen hat, so ist es bei mehreren Versicherungsträgern das Gegebene, daß sie die Zulage nach dem Maßstabe des Geldwerts der monatlichen Renten aufbringen.

Übrigens muß dieser Grundsatz auch Geltung haben im Falle, daß eine der mehrfachen Renten schon für sich allein ⅔ der Vollrente ausmacht; denn da durch diese die tatsächlich vorhandene Erwerbsunfähigkeit nur teilweise erfaßt wird, so ist nicht ersichtlich, warum die Versicherungsträger, welche für den Rest der Erwerbsunfähigkeit Schadenersatz leisten, ihrerseits nicht auch an der Aufbringung der Zulage beteiligt werden sollten.

Was die formelle Seite bei der Stellung des Antrags und der Erhebung des Einspruchs (§ 3 der Bek.) betrifft, so sind nach dem gesagten grundsätzlich die sämtlichen Versicherungsträger anzugehen. Diese stehen im Verhältnis von Streitgenossen zu einander, weil sie zur Aufbringung der Zulage aus dem gleichen Rechtsgrunde verpflichtet sind; und zwar handelt es sich um eine notwendige Streitgenossenschaft, weil das Rechtsverhältnis allen gegenüber nur einheitlich festgestellt werden kann (§§ 59, 62 ZivPrOrdg.). Daß das Institut der Streitgenossenschaft auch auf dem Gebiet der sozialen Versicherungsgesetze anwendbar ist, hat das RVA. schon wiederholt anerkannt. (Vgl. u. a. Rek. Entsch. 2765 Amtl. Nachr. 1914 S. 800). Es sind deshalb sämtliche Genossen an dem Verfahren von selbst beteiligt, auch wenn der Antrag oder der Einspruch nur an einen bzw. gegen einen von ihnen gerichtet ist; die zur Entscheidung angerufene Stelle hat dann folgerichtig die übrigen Genossen zu beteiligen.

Die „Zeitrenten“ in der Invalidenversicherung.

Von Friedr. Kleeis in Halle a. S.

Zeitrenten? Davon steht aber doch in der Reichsversicherungsordnung gar nichts geschrieben! Ganz recht. Sie sind erst eine Kriegserrungenschaft wie das „Streckin“ und das „Eiolin“ und ähnliche schöne Dinge, von denen in den Kochbüchern aus den schönen Friedenszeiten auch nichts steht. Also, um es uneingeweihten Neugierigen vorweg zu sagen: Zeitrenten nennt man neuerdings die nach Anfang und Ende, also auf eine bestimmte Zeit in einem einzigen Bescheid unter Zustimmung des Rentenberechtigten festgesetzten Krankenrenten. Sie sind eingeführt worden zu dem Zwecke, den Versicherungsbehörden und Trägern der Invalidenversicherung die aus der gewaltig gestiegenen Zahl von Rentenanträgen erwachsene Arbeitskraft zu vermindern. Sie kommen in der Hauptsache bei Kriegsbeschädigten zur Festsetzung, deren Invalidität nach einem längeren Heilverfahren (Lazarettaufenthalt usw.) wieder behoben worden ist.

Das Verfahren ist ungefähr folgendes: Kommt der Versicherungsträger bei der Prüfung des Rentenanspruchs (namentlich wenn der Antrag verspätet gestellt worden ist oder sich das Rentenfestsetzungsverfahren aus mancherlei Gründen in die Länge ge-

zogen hat), zu der Ansicht, daß der Rentenbewerber inzwischen wieder erwerbsfähig geworden ist, so wird er durch Vermittelung des Versicherungsamtes mündlich oder durch Anschreiben schriftlich gefragt, ob er mit der Festsetzung der Rente bis zu einem bestimmten Tage einverstanden ist. Eine Landesversicherungsanstalt hat hierzu folgenden Vordruck eingeführt:

„Zur Beschleunigung des Verfahrens wollen sie umgehend erklären, daß Sie mit der Festsetzung einer solchen Krankenrente vom . . . bis zum Eintritt der Arbeitsfähigkeit von mehr als einem Drittel, dem . . . einverstanden sind. Im Falle der Verweigerung einer solchen Einverständniserklärung würde eine eingehende Prüfung notwendig sein, da alsdann Ihr Anspruch in mündlicher Verhandlung gemäß § 1618 RVO. erörtert werden müßte. . . .“

Eine andere Versicherungsanstalt hat die Versicherungsämter ersucht, gleich selbst vor Übersendung des Antrages die Rentenbewerber zu fragen, ob sie mit der Rentenfestsetzung bis zu einem bestimmten Tage (wie er sich vielleicht aus dem ärztlichen Gutachten ergibt) einverstanden sind und sie auf Weitergewährung „verzichten“. Die gleichmäßige Handhabung bei fast allen Versicherungsträgern deutet darauf hin, daß hier gemeinsame Verständigungen vorliegen.

In der Mehrzahl der Fälle, namentlich wenn vom Versicherungsamt durch Zureden etwas nachgeholfen wird, wird der Rentenberechtigte darauf eingehen. Er hofft, nach dem langen Warten überhaupt oder endlich etwas zu erlangen und die Bemühungen los zu sein. Der Mann erhält dann einen Bescheid, der die Rente auf die in Betracht kommende Zeit festsetzt und in der Regel unten folgende Rechtsbelehrung enthält: „Dieser Bescheid wird rechtskräftig, wenn Sie nicht binnen einem Monat nach der Zustellung Berufung bei dem Oberversicherungsamt in . . . einlegen. . . Der Verzicht auf laufende Rente kann nur auf Grund der Bestimmungen des § 119 des Bürgerlichen Gesetzbuches widerrufen werden.“

Nach dem hier angezogenen § 119 kann eine Willenserklärung anfechten, wer bei ihrer Abgabe über deren Inhalt im Irrtum war oder eine Erklärung dieses Inhalts überhaupt nicht abgeben wollte, wenn anzunehmen ist, daß er sie bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Falles nicht abgegeben haben würde. Dadurch ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle dem Rentenberechtigten die Einlegung der Berufung unmöglich geworden, denn die schweren Bedingungen, die der § 119 BGB. stellt, wird der Berechtigte kaum jemals erfüllen können. Hierin ist eine Schädigung der Versicherten zu erblicken, gegen die einmal Stellung genommen werden muß.

Diese Meinung vertrat auch der (amtliche) Ausschuß für die Kriegsbeschädigtenfürsorge für Halle und den Saalkreis. In einem Falle z. B. war einem Kriegsbeschädigten auf dem bezeichneten Wege eine Krankenrente von nur kurzer Zeit zugebilligt worden, obgleich die Invalidität in gänzlich unveränderter Weise weiter fortdauerte. Der Ausschuß rief durch einen Justizrat, der ihm angehört, den Landeshauptmann als den Vorsitzenden der Kriegsbeschädigtenfürsorge für die Provinz Sachsen an, um auf diesem Wege auf die betreffende Landesversicherungsanstalt in dem Sinne einzuwirken, das bezeichnete Verfahren zu unterlassen. In der Eingabe war darauf hingewiesen, daß die Übung keine Berechtigung habe. Sie verleite den Versicherten zu unbedachter Preisgabe von oft recht weitgehenden Rechten. Sie wirke den Zwecken des Gesetzes entgegen, indem sie Arbeitsunfähige hilflos läßt. In der Antwort, die die Landesversicherungsanstalt darauf gab, wurde auseinandergesetzt, daß in dem in Betracht kommenden Einzelfall sich das Angebot der „Krankenzeitrente“ (bis zum Tage der Lazarettentlassung) stütze auf das Krankheitsbild, das die Akten, namentlich die Militärakten, geboten hätten. „So wird bei unserer und, soweit es bekannt ist, bei allen übrigen Landesversiche-

rungsanstalten in derartigen Fällen verfahren.“ Die Praxis stehe aber auch auf dem Boden des geltenden Rechts. Zum Beweise wird auf die Kommentare von Düttmann, Anm. 28 zu § 1255 Abs. 1 RVO., Hanow-Lehmann, Anm. 4 Abs. 2 zu § 1255 und auf Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes Amtl. Nachr. 1897 S. 353 Nr. 583 und 1903 S. 389 Nr. 1053 verwiesen.

Diese Hinweise auf Literatur und Rechtsprechung rechtfertigen aber nicht das hier kritisierte Verfahren. Hanow-Lehmann sagen a. a. O.: „Selbstverständlich ist, wenn zur Zeit der Rentenfestsetzung die Invalidität schon wieder beseitigt ist, die Rente nicht über die Beseitigung der Invalidität hinaus zu gewähren.“ Im übrigen wird an dieser Stelle sowie in Anm. 12 zu § 1304 die zeitliche Begrenzung einer Rente in der Art, daß sie zu einem in der Zukunft liegenden Zeitpunkt ohne weiteres wegfalle, ausdrücklich für unzulässig erklärt. Nicht anders äußert sich Düttmann a. a. O. Beide Kommentare beziehen sich dabei auf die Revisionsentscheidung 583, die dasselbe besagt und nur noch am Schlusse hinzufügt, daß ausnahmsweise eine zeitliche Begrenzung dann ohne Bedenken ausgesprochen werden könne, wenn zur Zeit der Rentenfestsetzung der für sie maßgebende gesetzliche Grund wieder weggefallen ist. (Zu vgl. übrigens auch für die Unfallversicherung: Handb. der Unf.-Vers. I S. 473 Anm. 5.) In einem solchen Falle würde der den Rentenlauf zeitlich begrenzende Bescheid zugleich die Gewährung und Entziehung der Rente in sich schließen. Die Revisionsentscheidung 1053 erläutert lediglich diese Auffassung nochmals. Sie setzt auseinander, daß ein solcher gleichzeitig den Beginn und das Ende festsetzender Bescheid kein Entziehungsbescheid im Sinne des jetzigen § 1304 RVO. ist. Damit sollte nur ausgedrückt werden, daß auf einen solchen Bescheid nicht die im § 1308 RVO. festgelegte Vorschrift Anwendung hat, nach der die Rentenentziehung erst mit Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats wirksam wird. Der Zweck der Entscheidung war auch nur, ein Schiedsgerichtsurteil aufzuheben, das die Versicherungsanstalt zur Weiterzahlung der durch einen solchen Doppelbescheid festgestellten Rente bis zum Ablauf des auf seine Zustellung folgenden Monats verpflichtete.

Aber darum dreht es sich bei den neuartigen „Zeitrenten“ gar nicht. Die Zulässigkeit der Rentenfestsetzung in ein und demselben Bescheid für bestimmt begrenzte, in der Vergangenheit liegende Zeiten soll zugegeben werden. Die Härten der kritisierten Zeitrenten liegen in der den Rentenbewerbern abgeforderten Verzichtleistung und in der Anwendung des § 119 BGB. auf solche. Das Reichsversicherungsamt hat sich — die betr. Landesversicherungsanstalt hat das wahrscheinlich übersehen — auch mit dieser Frage beschäftigt und zwar in der Revisionsentscheidung 1862 (Amtl. Nachr. 1914 S. 554). Diese unterscheidet zwischen „Entziehungsbescheiden“ und „Einstellungsbescheiden“. Bei dem auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung zulässigem freiwilligen Verzicht auf die Rente könne die Rente nicht formlos in Wegfall gebracht werden, sondern es sei (ohne Einhaltung des § 1308 RVO.) ein Einstellungsbescheid erforderlich. Das sei um so mehr geboten, damit das Zustandekommen und die Tragweite des Verzichts gegebenenfalls im Instanzenzug nachgeprüft werden kann. Es gelten bei Verzichten auf Rente die §§ 1617 bis 1625 entsprechend, insbesondere muß das Versicherungsamt ein Gutachten aufstellen. Die rechtliche Beurteilung des Verzichts — so heißt es weiter — unterliegt mangels besonderer Vorschriften in der Reichsversicherungs-Ordnung den Vorschriften des bürgerlichen Rechts. Was der Rentenberechtigte mit seinem Verzicht gewollt habe, lasse sich nur aus dessen Wortlaut und aus den im Einzelfall obwaltenden Umständen beurteilen. Im weiteren setzt die Entscheidung auseinander, daß ein Verzicht als Willenserklärung

wegen Irrtums nur nach Maßgabe des § 119 BGB. anfechtbar ist **und der Irrtum über die Rechtsfolgen einer Willenserklärung nach herrschender Lehre und nach der Rechtsprechung nicht als Anfechtungsgrund nach § 119 BGB. gelten kann.**

Diese Auffassung können wir wegen ihrer weittragenden Folgen nicht teilen. Sie führt dazu, wichtige, im Gesetz festgelegte Rechte der Versicherten einfach auszuschalten, was unmöglich in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben kann. Die Grundsätze des Privatrechts können nicht ohne weiteres auf das soziale Versicherungsrecht übertragen werden. Durch seine vielleicht jahrzehntelangen Beitragsleistungen hat der Versicherte auf die Versicherungsleistungen wohlerwogene Ansprüche. Sie sollen ihm, woran doch auch ein allgemeines öffentliches Interesse besteht, für vielleicht lange Zeiten seines Lebens über die wirtschaftlichen Nöte hinweghelfen. Und diese gewichtigen Rechte sollen durch einen in möglicherweise schwacher Stunde geleisteten Federstrich (seine Unterschrift) aus der Welt geschafft werden können? Denn wenn der Verzicht im Sinne des § 119 BGB. überhaupt hier zulässig ist (zu vgl. darüber: **Rosin**, Recht der Arbeiterversicherung II S. 733, **Hanow-Lehmann**, Anm. 6 zu § 30), dann kann der Rentenberechtigte, selbst wenn die Rentenentziehung zu Unrecht erfolgt ist und er tatsächlich über den festgelegten Termin weiter invalid ist, doch nicht die Rente wieder erlangen, jedenfalls nicht solange derselbe Invaliditätsfall fortdauert. In Wirklichkeit fordern auch die Versicherungsanstalten dann, wenn ein Versicherter, der auf seine Rente „freiwillig“ verzichtet hat, später die Rente von neuem verlangt, entweder den Nachweis **dauernder** Invalidität oder die Zurücklegung einer **neuen** Wartezeit von 26 Wochen für die abermalige Krankenrente (§ 1255 Abs. 3 RVO.). Gerade hierin liegen die großen Härten des Verfahrens für die Versicherten.

Noch weitere Perspektiven werden eröffnet: ist der Verzicht auf **Krankenrenten** wegen Irrtums nur unter den selten nachweisbaren Voraussetzungen anfechtbar, was hindert dann seine Heranziehung bei den Alters- und Hinterbliebenenrenten? Was stünde dann dem Verlangen der Versicherungsanstalt an einen Rentenbewerber entgegen, sich mit einer (der Höhe nach) **halben Rente** zu begnügen? Hier sagen aber **Hanow-Lehmann** (Anm. 4 zu § 1284 RVO.) mit Recht: „Die gesetzlichen Vorschriften über das Mindestmaß von Renten sind zwingender Natur und können auch durch Parteiabrede nicht geändert werden.“ Das muß dem Sinne nach nicht nur für die Höhe, sondern auch für die **Dauer** der Rente gelten. Aus der Tatsache, daß die Reichsversicherungsordnung Vorschriften über den Verzicht auf Rente nicht enthält, nun hier die ganz anders gearteten Vorschriften des Privatrechts anzuwenden, geht zu weit. Vergleichsweise sei darauf verwiesen, daß z. B. nach anerkannter Rechtsprechung ein **Verzicht** auf **Arbeitslohn** im Hinblick auf die §§ 115, 117 der Gewerbeordnung unwirksam ist und der Arbeiter trotz allem Verzicht hinterher seinen Lohn doch verlangen kann. Diese Grundsätze sollten doch erst recht für die durch Beiträge erworbenen versicherungsrechtlichen Ansprüche gelten. Zieht man aber bei Beurteilung des Rentenverzichts Vorschriften des bürgerlichen Rechts heran, so sollte man nicht nur an § 119 BGB., sondern auch an den § 138 BGB. denken. Häufig wird der Versicherte den Verzicht in einer Notlage, oft auch aus Unerfahrenheit, aus unzulänglicher Einsicht in die Tragweite seiner Erklärung abgeben. Man braucht nicht zu unterstellen, daß es eine Versicherungsanstalt darauf anlegen könnte, dies auszubeuten (§ 138 Abs. 2), wird aber doch sagen müssen, daß es gegen die guten Sitten verstößt, dem notleidenden und geschäftlich unerfahrenen Versicherten eine so schwerwiegende rechtsgeschäftliche Erklärung abzufordern. Dann ist diese Erklärung nichtig!

Wir kommen also zu dem Schlusse: Gegen die Festsetzung von „Zeitrenten" an sich läßt sich nichts einwenden. Immerhin sollte ihre Anwendung möglichst eingeschränkt werden, schon weil bei ihnen das sonst übliche Verfahren bei Entziehung und Einstellung einer Rente sehr eingeschränkt ist. Das oben wörtlich wiedergegebene Anschreiben einer Versicherungsanstalt an die Rentenbewerber beweist, daß vielfach die mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt (§ 1618 RVO.) entgegen der Absicht des Reichsversicherungsamtes nicht stattfindet. Findet sie doch statt, so wird die Gewährung und Entziehung der Rente summarisch zugleich behandelt. Diese Beschränkungen im Verfahren aber noch durch Ausschluß der Berufungsmöglichkeit gegen die Bescheide zu erweitern, geht jedenfalls zu weit und sollte von einsichtigen Versicherungsträgern nicht gehandhabt werden. Die (eingeschränkte) Festsetzung der „Zeitrenten" ist jedenfalls auch ohne die Verzichtleistungen bzw. Erklärungen der Rentenberechtigten möglich. Wahrscheinlich wird auch das Reichsversicherungsamt bei seiner oben zitierten Revisionsentscheidung 1862 nicht geglaubt haben, daß die Verzichtleistung von den Versicherungsträgern zu einem so groß angelegten und umfangreich durchgeführten System ausgebaut wird. Es sollte daher seinen Standpunkt ändern und hier die Anwendung des Privatrechts ausschließen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Wer Krankenpflege von der Heeresverwaltung erhält, hat keinen Anspruch auf den Geldbetrag aus § 193 Abs. 3 RVO.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (Großen Senats) vom 27. April 1918.

. . . Keineswegs zwingt aber der Wortlaut des § 24 der Satzung und des ihm zugrundeliegenden § 193 Abs. 3 RVO. zu der Annahme, daß die Kasse in allen Fällen der Erkrankung eines freiwillig Weiterversicherten außerhalb des Kassenbezirks das halbe Krankengeld ohne Rücksicht darauf zu zahlen habe, ob der Erkrankte Aufwendungen für Krankenpflege gehabt habe oder nicht. Im Gegenteil könnte der Ausdruck „statt der Krankenpflege" im § 193 Abs. 3 a. a. O. dahin gedeutet werden, daß der Nachweis solcher Aufwendungen stets eine Voraussetzung des Anspruchs auf das halbe Krankengeld bildet. Indessen mag dies hier dahingestellt bleiben. Jedenfalls läßt die Wendung, daß das halbe Krankengeld „statt der Krankenpflege" zugebilligt werden soll, erkennen, daß ein Anspruch auf das halbe Krankengeld nur hilfsweise bestehen soll, nämlich dann, wenn die Kasse an sich zur Gewährung der Krankenpflege in Natur sowohl nach allgemeiner gesetzlicher Vorschrift verpflichtet, wie auch tatsächlich imstande wäre. Das trifft nicht zu, wenn, wie vorliegend, die Militärbehörde kraft gesetzlicher Verpflichtung die ärztliche Behandlung und Verpflegung des Versicherten übernimmt, ohne daß letzterer oder die Kasse sich ihren Maßnahmen widersetzen können. In einem solchen Falle wird insoweit, als die Gewährung von Krankenpflege durch die Militärbehörde erfolgt, ein Anspruch gegen die Kasse auf die gleiche Leistung ausgeschlossen. Damit entfällt aber auch der statt des Anspruchs auf Krankenpflege hilfsweise eingeräumte Anspruch auf das halbe Krankengeld. Ob der Anspruch ausnahmsweise begründet ist, wenn der Versicherte, wie das Oberversicherungsamt als möglich unterstellt, trotz des von der Militärbehörde durchgeführten Heilverfahrens auch seinerseits Aufwendungen für Krankenpflege gemacht hat, kann unerörtert bleiben, da es im vorliegenden Falle unstreitig nicht geschehen ist. Der von dem Großen Senat vertretene Standpunkt führt allerdings zu dem Ergebnis, daß der Versicherte bei Übernahme der Krankenpflege durch die Militärbehörde von seiten der Kasse nicht die volle Gegenleistung für seine Beiträge empfängt. Eine Unbilligkeit kann hierin aber nicht gefunden werden, da ihm volle Krankenpflege von seiten einer anderen staatlichen Einrichtung auf Grund öffentlich-rechtlicher Verpflichtung gewährt wird, ohne daß er hierfür seinerseits eine Gegenleistung zu erbringen gehabt hätte. Wollte man in solchen Fällen beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 193 Abs. 3 RVO. den Anspruch auf das halbe Krankengeld für begründet ansehen, so würden lediglich die leer ausgehen, welche in ein Lazarett im Bezirke ihrer Kasse übergeführt würden,

was offenbar unbillig wäre und vom Gesetzgeber nicht gewollt sein kann. Für die Auffassung des Senats spricht endlich die Erwägung, daß Doppelleistungen für einen Schadensfall nach dem die reichsgesetzliche Sozialversicherung beherrschenden Grundsatz im allgemeinen ausgeschlossen sein sollen. Übrigens wird die getroffene Entscheidung auch allein dem praktischen Bedürfnis gerecht. Denn einerseits besteht kein Anlaß, eine zum Ersatz von Aufwendungen für Krankenpflege bestimmte Pauschsumme Personen zukommen zu lassen, die dafür keinerlei Ausgaben gehabt haben, andererseits wäre es unerwünscht, die den Krankenkassen durch Zahlung des Krankengeldes an verwundete oder erkrankte Kriegsteilnehmer erwachsene beträchtliche Mehrbelastung ohne Not noch weiter um etwa die Hälfte zu vermehren, zumal dieser Betrag für andere dringendere Aufgaben der Krankenkassen nutzbringender verwendet werden kann.

Höchstgrenze des Erstattungsanspruchs einer Kasse gegen eine andere wegen Wochenhilfe; keine Trennung der einzelnen Leistungen.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Februar 1918 (2429 Amtl. Nachr. 1918 S. 292).

Das Reichsversicherungsamt hat sich der Entscheidung des Versicherungsamts angeschlossen. Wenn die Entscheidung 2146 Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 350 als Höchstmaß der Erstattungspflicht nach § 197 RVO. den Betrag setzt, den die erstattungspflichtige Kasse für den Fall der Fortdauer der Versicherung der Wöchnerin bei ihr selbst als Wochengeld zu gewähren hätte, so beruht dies darauf, daß nach § 197 RVO. nur das Wochengeld, nicht auch die sonstigen Leistungen der Wochenhilfe, die im Rahmen der Reichsversicherungsordnung nur Mehrleistungen sind oder bisher waren, anteilig zu erstatten sind. Mit der Einführung der Kriegswochenhilfe hat sich dies geändert. Neben das Wochengeld sind andere Leistungen der Wochenhilfe als gleichwertige Leistungen getreten, indem sie, ohne Rücksicht auf ihre Einführung als satzungsmäßige Mehrleistungen, auf Grund der Vorschriften über die Kriegswochenhilfe geleistet werden müssen, und § 9 der Bek. vom 28. Januar 1915 dehnt demgemäß die Erstattungspflicht auf diese Leistungen aus. Der Unterschied in der Behandlung der einzelnen Arten der Wochenhilfeleistungen für die Erstattungspflicht ist also durch § 9 der Bek. vom 28. Januar 1915 weggefallen, und dies bedeutet, daß insoweit, wie in der Arbeiter-Versorgung 1918 S. 68 in der Anmerkung zu der Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Berlin-Wilmersdorf vom 8. Dezember 1917 zutreffend ausgeführt wird, § 197 RVO. im Sinne folgender Fassung zu verstehen ist: „Ist die Wöchnerin während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen ..... versichert gewesen, so haben die anderen der leistungspflichtigen Kasse für die Leistungen an Wochenhilfe auf Verlangen den Betrag dieser Leistungen nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten." Wenn die beklagte Kasse geltend macht, es sei unbillig, daß sie zur anteiligen Erstattung an Wochengeld mit einem größeren Betrage herangezogen werde, als der sei, den sie bei eigener Leistungspflicht aus eigenen Mitteln zu zahlen gehabt hätte, so mag dieser Hinweis nicht einer gewissen inneren Berechtigung entbehren. Indessen kann dem entgegengehalten werden, daß auch die leistungspflichtige Kasse nicht immer vollen anteiligen Ersatz bei den anderen Kassen findet, bei denen sie Rückgriff nimmt. Dies sind Nachteile, die sich für alle beteiligten Kassen fühlbar machen können und nach dem Gesetz und den Verordnungen nicht zu vermeiden sind. In der Hauptsache sind die Richtlinien für die Regelung der erörterten Frage die, daß die Kasse, der die Versicherte in der letzten Zeit vor ihrer Niederkunft angehört hat, an den Lasten der Wochenhilfe in gewissem Grade teilnehmen soll, um „die Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen zu verhindern" (Begründung S. 159 zu § 211 des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung), und daß die erstattungspflichtige Kasse nicht mit einem größeren Betrage zur anteiligen Erstattung herangezogen werden soll, als der ist, den sie bei eigener Leistungspflicht zu zahlen hätte.

Diesen Gesichtspunkten trägt aber die Regelung, wie sie in dieser Entscheidung vorgesehen ist, Rechnung. Bei eigener Leistungspflicht hätte die beklagte Kasse

a) Beihilfe zu den Kosten der Entbindung	25,00 M,
b) Wochengeld für 24 Tage je 65 Pf	15,60 „
c) Stillgeld	42,50 „
zusammen	83,10 M

zahlen müssen. Dieser Betrag wird von der Forderung der klagenden Kasse nicht erreicht. Der erhobene Anspruch ist daher gerechtfertigt, und die Berufung war somit zurückzuweisen.

Das Versicherungsamt ist nicht zuständig über streitige Ansprüche, die zum Vermögen der geschlossenen Kasse gehören, zu entscheiden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 23. Februar 1918 (2441 Amtl. Nachr. 1918 S. 307).

Das Versicherungsamt hat mit Unrecht über den geltend gemachten Anspruch entschieden. Es handelt sich um eine Forderung, die wegen angeblich unzulässiger Aufwendungen einer geschlossenen Kasse von der an ihre Stelle getretenen Kasse erhoben wird. Über solche Ansprüche, die, abgesehen von der Frage, ob die Aufwendungen unzulässig waren, nach bürgerlichem Recht zu beurteilen sind, ist nur im ordentlichen

Rechtsweg, also im Verfahren vor den ordentlichen Gerichten, zu entscheiden. Das gleiche gilt, soweit vorliegend Ansprüche der geschlossenen Kasse gegen den Arbeitgeber aus seiner Kassen- und Rechnungsführung (zu vgl. § 64 Nr. 3 KrVersGes., § 362 Abs. 1 RVO.) in Frage kommen. Zwar kann das Versicherungsamt nach § 378 RVO. solche Ansprüche sowie nach § 23 Abs. 1 Satz 3 auch Ansprüche der Kasse gegen Mitglieder der Kassenorgane wegen nicht getreuer Geschäftsverwaltung an Stelle der Kasse geltend machen. Durch diese Vorschriften wird aber das Verfahren bei der Geltendmachung nicht abweichend von den sonstigen gesetzlichen Vorschriften geregelt. Das Versicherungsamt ist daher nicht befugt, über die Ansprüche im Beschlußverfahren nach der Reichsversicherungsordnung zu entscheiden. Vielmehr ist darüber ebenfalls von den ordentlichen Gerichten zu erkennen (zu vgl. Hanow, RVO. 3. Aufl. Anm. 4 zu § 23; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 4 zu § 23; Hoffmann, Kommentar Anm. 7 zu § 378). Hieran wird auch durch die Vorschriften der §§ 299 ff. RVO. über das Verfahren bei Schließung von Krankenkassen nichts geändert. Das Versicherungsamt hat zwar Ansprüche der bezeichneten Art, die der geschlossenen Kasse zustanden, der neuen Kasse zu überweisen (§ 294 Abs. 1), aber nur, sofern sie unstreitig oder rechtskräftig festgestellt sind. Über bestrittene Ansprüche darf es nicht selbst entscheiden. Die Entscheidung des Versicherungsamts unterlag hiernach der Aufhebung, ohne daß zu erörtern war, ob bei Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber von seiner Haftung für unzulässige Aufwendungen, soweit sie sich aus seiner Pflicht zur ordnungsmäßigen Kassenführung ergibt, durch Genehmigung der Aufwendungen seitens des Kassenvorstandes befreit wird (zu vgl. Hanow a. a. O. Anm. 4 viertletzter Absatz).

Anmerkung: Die Entscheidung ist im Ergebnis richtig und selbstverständlich, aber ihre Begründung ist fehlerhaft und zur Irreleitung geeignet. Dasselbe gilt für die Überschrift, unter der die Entscheidung in den Amtl. Nachr. des RVA. veröffentlicht ist. Sie lautet: „Für die Entscheidung über Ansprüche, die im Auseinandersetzungsverfahren wegen unzulässiger Aufwendungen einer geschlossenen Kasse von der an ihre Stelle getretenen Kasse erhoben werden, sind nicht die Versicherungsbehörden, sondern die ordentlichen Gerichte zuständig."

Es gibt aber bei der Schließung (wie bei der Auflösung) einer Krankenkasse überhaupt kein „Auseinandersetzungsverfahren" zwischen der geschlossenen und irgendeiner anderen Kasse, sondern der Vorstand der geschlossenen Kasse wickelt einseitig und aus eigener Machtvollkommenheit die Geschäfte ab (§§ 299, 501 RVO.). Dazu gehört auch die Einziehung von Forderungen und ihre Geltendmachung in dem der Natur der einzelnen Forderung entsprechenden Streitverfahren. Dabei ist es nicht ausgeschlossen und wird oft zweckmäßig sein, daß der zur Abwicklung berufene Vorstand hierzu den Vorstand einer anderen Kasse bevollmächtigt (zu vgl. Entsch. des RVA. 2023 Amtl. Nachr. 1915 S. 516); nur hat das nicht die Bedeutung einer „Auseinandersetzung" zwischen den beiden Kassen. Man könnte meinen, daß es sich hiernach in der oben angeführten Überschrift nur um einen fehlgegriffenen Ausdruck, nicht um einen Irrtum in der Sache selbst handle. Das wird aber ausgeschlossen dadurch, daß zugleich von der „an ihre Stelle" (d. i. an die Stelle der geschlossenen Kasse) „getretenen Kasse" die Rede und auch in der Begründung der Entscheidung, unter Anführung des § 294 RVO., bemerkt ist: das Versicherungsamt habe Ansprüche der bezeichneten Art der „neuen (?) Kasse" zu überweisen, aber nur, sofern sie unstreitig oder rechtskräftig festgestellt sind. Das deutet auf eine völlige Verwirrung der Rechtslage im Falle der Schließung mit derjenigen im Falle einer Vereinigung von Kassen. Nur bei dieser (und entsprechend bei der Ausscheidung § 298 Abs. 2) gilt der § 294, der eine Auseinandersetzung zwischen mehreren Kassen, nötigenfalls durch das Versicherungsamt mit der Wirkung voraussetzt, daß auf die aufnehmende Kasse die Rechte — auch die streitigen! — und Pflichten der aufgenommenen übergehen (§§ 285, 287, 288), daß also eine Kasse „an die Stelle" einer anderen tritt. Bei der Schließung einer solchen dagegen wird nur der nach der Abwicklung übrig gebliebene „Vermögensbetrag" den Kassen zugewiesen, zu denen die Mitglieder übergehen (§ 305 mit § 300); von diesen kann man nicht sagen, daß sie an die Stelle der geschlossenen treten, da durch die Überweisung ein allgemeiner Übergang von Rechten und Pflichten sich nicht vollzieht. (Näheres: Hahn, Monatsschr. f. Arb. u. AngestVers. 1916 Sp. 34, 35.)

B. Zur Unfallversicherung.

Tod aus unbekannter Ursache als Betriebsunfall.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. Februar 1918 (Ia 3833/17).

In dem engen, etwa 11 Meter hochgebrachten Überhauen war Sch. etwa 7 bis 8 Meter hochgeklettert und wurde leblos auf einer Spreize sitzend dort gefunden. Um ihn hinunterzuschaffen, mußten die unteren Spreizen entfernt werden. Die an der Leiche festgestellten Hautabschürfungen rühren zum Teil von der beschwerlichen Bergung der Leiche her, zum Teil sind sie wahrscheinlich noch vor dem Eintritt des Todes entstanden. Die Öffnung der Leiche ergab ein Fettherz, das als Schrumpfnierenherz in seiner Widerstandfähigkeit schon geschwächt war. Ob die in dem Überhauen vorgefundene geringe Menge Kohlen aus einer früheren Schicht oder von der Arbeit Sch.'s oder von einem Unfall herrührten, steht nicht fest. Die Lage, in der die Leiche gefunden worden ist, läßt sehr wohl die Annahme zu, daß Sch. infolge seines erkrankten Herzens infolge der Anstrengung gestorben ist, deren er unmittelbar vorher sich bei der Arbeit und

insbesondere beim Hochklettern in dem Überhauen hatte unterziehen müssen, oder daß er, wie Kreisarzt Dr. W. ausgeführt hat, von Steinen oder Kohlen getroffen worden ist und an den Folgen eines Schocks gestorben ist. Wenn aber, wie im vorliegenden Falle, ein im unterirdischen Bergbau Beschäftigter während seiner Arbeitszeit auf der Betriebsstätte tot aufgefunden wird, können die aus Anlaß des Todes erhobenen Ansprüche Hinterbliebener nicht schon deshalb als unbegründet abgelehnt werden, weil die Ursache des Todes nicht mit Sicherheit festgestellt werden konnte. Als Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung hat die ernstliche Schädigung der Gesundheit eines Versicherten durch ein zeitlich eng begrenztes Betriebsereignis auch dann zu gelten, wenn dieses Ereignis über den üblichen Rahmen des Betriebs nicht hinausgegangen ist und aus einer in dem Betroffenen selbst liegenden Ursache wie z. B. wegen eines bestehenden Herzleidens eine ungewöhnlich schädliche Wirkung gehabt hat. Nach der Überzeugung des RVA. spricht aber eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür, daß ein dem Betriebe zuzurechnendes Ereignis auf den Eintritt des Todes von wesentlichem Einfluß war. Die Beklagte war daher für verpflichtet zu erklären, die Kläger aus Anlaß des Todes des Sch. zu entschädigen.

Haftung des Bauherrn für Prämien, wenn der Unternehmer sich im Ausland aufhält.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Februar 1918 (2982 Amtl. Nachr. 1918 S. 272).

Die Vorschriften der §§ 809 ff. RVO. über die Beitreibung der Prämien von den Unternehmern sind gegen den Unternehmer F. unanwendbar, da sie voraussetzen, daß der Unternehmer sich im Inland aufhält. Durch den Aufenthalt des F. im Ausland war es der Berufsgenossenschaft unmöglich gemacht oder doch sehr erschwert, ihren Prämienanspruch gegen ihn zu verfolgen. In einem solchen Falle muß der Berufsgenossenschaft das Recht zustehen, den Bauherrn auch ohne den Beweis der Zahlungsunfähigkeit des Unternehmers haftbar zu machen. Eine dahingehende Auslegung des § 819 RVO. steht mit der Absicht des Gesetzes, die Berufsgenossenschaften gegen Prämienausfälle zu schützen, ganz im Einklang. Die Haftung des Bauherrn für den Unternehmer ist eine Art gesetzlicher Bürgschaft, so daß die allgemeinen Rechtsgrundsätze über Bürgschaften sinngemäß anwendbar sind, wie das Reichsversicherungsamt in seiner Rechtsprechung schon anerkannt hat (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. II. Anm. 2 zu § 29 des Bau-Unfallversicherungsgesetzes). Der § 773 Nr. 2 BGB. schreibt nun ausdrücklich vor, daß eine Bürge unmittelbar haftbar gemacht werden kann, wenn die Rechtsverfolgung gegen den Hauptschuldner infolge einer Änderung seines Wohnsitzes oder Aufenthaltsorts wesentlich erschwert ist. Diese Vorschrift entspricht auch den Bedürfnissen des Verkehrs. Denn die Bürgschaft würde, wenn die Bedingungen für die Haftbarmachung des Bürgen überspannt würden, wirtschaftlich wertlos werden. Die Übertragung der Vorschrift auf die gesetzliche Bürgschaft des Bauherrn ergibt sich also aus dem Wesen des Rechtsverhältnisses.

Kein Ersatzanspruch der Krankenkasse (§ 1501 Abs. 2 RVO.), wenn dem Verletzten ein Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft rechtskräftig abgesprochen ist.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 8. Januar 1918 (2434 Amtl. Nachr. 1918 S. 299).

Der Kellner Fritz K. hat am 17. Juni 1913 einen Betriebsunfall erlitten und bis zum 18. Dezember 1913 von der beklagten Berufsgenossenschaft die Vollrente erhalten. Mit dem letzteren Tage hörte nach dem rechtskräftigen Bescheide der Beklagten vom 9. April 1914 die Gewährung einer weiteren Unfallentschädigung auf. K. ist in der späteren Zeit wiederholt krank gewesen und von der klagenden Krankenkasse, deren Mitglied er war, mehrfach, so auch in der Zeit vom 17. November 1914 bis zum 30. Januar 1915 und vom 17. März bis zum 20. Mai 1915 unterstützt worden. Nachträglich hat sich herausgestellt, daß die Leiden des K. auf den Unfall zurückzuführen sind.

Die Klägerin hat durch Schreiben vom 19. Mai 1915, das bei der Beklagten am 21. Mai 1915 eingegangen ist, die Wiederaufnahme des Heilverfahrens durch die Beklagte beantragt. Die Beklagte hat darauf hingewiesen, daß eine Wiedergewährung der Rente nach § 611 der RVO. nur für die Zeit nach der Anmeldung des Anspruchs, nämlich dem 21. Mai 1915, in Frage kommen könne. Dementsprechend hat sie die Unfallrente nur von diesem Zeitpunkt ab gewährt und durch Endbescheid vom 28. März 1916 die Gewährung einer Leistung für die Zeit vor dem 21. Mai 1915 abgelehnt. Dieser Endbescheid ist rechtskräftig geworden, da die gegen ihn eingelegten Rechtsmittel von dem Oberversicherungsamt und dem Reichsversicherungsamte zurückgewiesen worden sind.

Die Klägerin verlangt nunmehr im vorliegenden Verfahren nach §§ 1501, 1515 Abs. 2 RVO. Ersatz ihrer Aufwendungen für die Zeiten vom 17. November 1914 bis zum 30. Januar 1915 und vom vom 17. März bis zum 20. Mai 1915. Sie macht geltend, daß § 611 RVO. nicht Anwendung finden könne, da K. infolge seiner Geisteskrankheit an der Stellung eines rechtzeitigen Antrags verhindert gewesen sei, daß sie den K. als Unfallverletzten unterstützt und daher auch Anspruch auf Ersatz habe, zumal andernfalls die Beklagte auf ihre Kosten bereichert sein würde.

Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen. Die gegen dieses Urteil eingelegte Berufung ist durch die Vorentscheidung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts zurückgewiesen worden. Auch die Revision ist zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Die Vorschrift des § 1501 Abs. 2 RVO. hat zur Voraussetzung, daß die Leistung der Krankenkasse, deren Ersatz beansprucht wird, infolge eines Unfalls gewährt ist und daß der Unterstützte infolge des Unfalls für die gleiche Zeit einen Anspruch auf Unfallentschädigung gegen die Berufsgenossenschaft hat.

Diese letztere Voraussetzung ist im vorliegenden Falle jedenfalls nicht gegeben. Es ist in dem für die Feststellung der Ansprüche des Unfallverletzten gegen die Berufsgenossenschaft gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren rechtskräftig festgestellt, daß dem von der Klägerin unterstützten K. für die Zeit, für die sie Ersatz verlangt, ein Anspruch gegen die beklagte Berufsgenossenschaft nicht zusteht. Diese Entscheidung ist bindend und der Nachprüfung im vorliegenden Verfahren entzogen. Steht aber dem Unterstützten selbst ein Anspruch nicht zu, so ist auch für einen Ersatzanspruch der Klägerin kein Raum. Wenn sie meint, daß die Beklagte auf ihre Kosten bereichert sei, so kann sie damit im gegenwärtigen Verfahren nicht gehört werden, da ein hierauf gestützter Anspruch nicht der Entscheidung durch die Instanzen der Reichsversicherungsordnung unterliegt. Die Abweisung der Klägerin mit ihren Ersatzansprüchen ist somit zu Recht erfolgt und die Zurückweisung ihrer Revision gerechtfertigt.

Sprechsaal.

Krankheitsbescheinigungen für die Invalidenversicherung.

Nach § 1393 RVO. werden in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung u. a. den berufsmäßig nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig Beschäftigten als Beitragswochen der Lohnklasse II, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen, die vollen Wochen angerechnet, in denen der Versicherte wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen. Die Krankheitswochen werden durch Bescheinigungen nachgewiesen. Nach Ablauf der Krankenhilfe hat der Vorstand der Krankenkasse die Bescheinigung auszustellen. Im übrigen hat es der Gemeindevorsteher zu tun; das Versicherungsamt kann den Vorstand der Kasse durch Geldstrafen bis zu 100 ℳ anhalten, diese Verpflichtung zu erfüllen (§ 1438 a. a. O.). Für Wochenhilfe ist keine solche Pflicht der Krankenkasse anerkannt. Zum Nachweise einer durch ein Wochenbett veranlaßten Arbeitsunfähigkeit wird regelmäßig eine standesamtliche Geburtsurkunde genügen, die gebührenfrei ist. Die Bescheinigung ist sofort nach Ablauf der Krankenhilfe von Amts wegen kostenfrei auszustellen, damit der Versicherte vor Schwierigkeiten und Weiterungen bewahrt wird, die aus verspäteter Ausstellung der Bescheinigung entstehen können. Dauert die Krankheit über die Zeit der Fürsorge hinaus, so muß der Versicherte sich anderweitige Beweismittel beschaffen. Es liegt sonach im Interesse der Versicherten, daß sie rechtzeitig in den Besitz der Krankheitsbescheinigung kommen, damit sie in die Lage versetzt werden, dieselbe bei Aufrechnung der Quittungskarte oder Anbringung eines Antraes auf Rentenbezüge abzugeben. Soweit die Versicherten nach Abschluß des Krankheitsfalles sich nicht persönlich im Geschäftszimmer der Krankenkasse behufs Empfangnahme der Krankheitsbescheinigung einfinden, hat die Kasse diese Bescheinigung dem Mitgliede jeweils zu übersenden. Die hieraus erwachsenden Postgebühren gelten als Verwaltungskosten und können dem Mitgliede nicht aufgerechnet werden, weil die Ausstellung der Bescheinigung, wie oben dargetan, von Amts wegen zu erfolgen hat. Über den Inhalt der Bescheinigung geben die Ausführungsbestimmungen zur RVO. Aufschluß; derselbe darf übrigens als bekannt vorausgesetzt werden. Die Geldstrafen sind keine Ordnungs-, sondern Zwangsstrafen. Sie müssen vorher angedroht werden. Sie sollen einen Zwang ausüben, können wiederholt angedroht und festgesetzt, aber nicht mehr festgesetzt werden, wenn die zu erzwingende Handlung inzwischen bereits vorgenommen ist. Der Höchstbetrag von 100 ℳ ist nur für die einzelnen Strafen maßgebend. Die Geldstrafen werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben und fließen in die Kasse der Versicherungsanstalt. Die Krankenkassen werden daher (meist wohl mehr wie bisher) der ordnungsmäßigen Ausstellung der Krankheitsbescheinigungen ihr besonderes Augenmerk zuwenden müssen, um Beanstandungen zu vermeiden und den Versicherten auch nicht die ihnen zustehenden Rechte auf Anrechnung der Krankheitszeiten zu erschweren. Die Ausstellung der Krankheitsbescheinigung durch den Gemeindevorsteher (Bürgermeister) hat nur auf Antrag zu erfolgen, denn es kann ihm nicht zugemutet werden, über alle Krankheitsfälle unterrichtet zu sein. Ein gedeihliches Zusammenwirken der Krankenkassen und Gemeinden ist daher auch in diesem Falle zum Wohle der Versicherten zu empfehlen.

J. Eibl, Kassenverwalter in Passau.

Unfälle der Nachtwächter und ihre Entschädigung.

Daß der Krieg Zustände geschaffen hat, welche die öffentliche Sicherheit in hohem Maße gefährden, ist schon vielfach in der Tagespresse erörtert, und es sind auch schon Maßnahmen getroffen worden, die Übelstände zu bekämpfen. Hierbei ist die Frage behandelt worden, wie den in Ausübung ihres Dienstes, sei es durch den Kampf mit Dieben und Einbrechern, sei es durch andere Unglücksfälle zu Schaden gekommenen Polizeibeamten Ersatz ihres erlittenen Schadens zu leisten sei. Zweck dieser Zeilen soll es nun sein, die Aufmerksamkeit auf den Kreis von Personen zu lenken, die in völlig gleicher Weise wie die Polizeibeamten dem Schutze des Eigentums dienen und den damit verbundenen Gefahren ausgesetzt sind, nämlich auf die Nachtwächter.

In den Städten wird der Nachtwachdienst in der Regel wohl durch Angestellte privater Wach- und Schließgesellschaften ausgeübt, während kleinere Gemeinden vielfach einen Gemeindenachtwächter beschäftigen. Der reichsgesetzlichen Unfallversicherung sind die Nachtwächter nicht unterstellt. Hieraus ergibt sich, daß sie bei Unfällen, die sie in Ausübung ihres Berufs erleiden, lediglich auf die vertragsmäßigen, privatrechtlichen Vereinbarungen mit ihren Arbeitgebern angewiesen sind, während ihnen ein öffentlich-rechtlicher Anspruch, wie er durch die reichsgesetzliche Unfallversicherung für gefahrvollere Berufsarten eingeführt ist, nicht gewährleistet ist. Dies hat schon im Frieden zu großen Härten und Unzu-

träglichkeiten geführt, da den Wächtern beim Fehlen privatrechtlicher Vereinbarungen ein Ersatz des in Ausführung ihres Berufes erlittenen Schadens nicht zustand. Hinzu kommt noch verschärfend die große Ungleichheit, die darin besteht, daß Wächter, die in Betrieben beschäftigt sind, welche an sich der Unfallversicherung unterstellt sind, wie z. B. Fabriken, Bauten usw. ebenfalls der Unfallversicherung als Zugehörige des Fabrik-, Bau- usw. Betriebs unterliegen, während die große Zahl der Wächter von Privatgrundstücken, wie oben ausgeführt, nicht zu dem Kreise der versicherungspflichtigen Personen gehört.

Daß die Tätigkeit eines Nachtwächters besondere und erhebliche Gefahren bietet, beweist die Zahl der sich fortgesetzt ereignenden Unfälle. Ein pflichtgetreuer Wächter wird bei aufkommendem Verdacht oder auch nur vorgefundener Unordnung die Ursache zu ergründen suchen. Er muß hierzu ihm ihrer inneren Einrichtung nach fremde Grundstücke oder Häuser betreten und ist hierbei bei fehlender oder doch nur mangelhafter Beleuchtung, wie zahlreiche Unfälle beweisen, der Gefahr des Fallens auf unebenem Boden, des Hinabstürzens in Kellereingänge, Schächte und Baugruben usw. ausgesetzt. Hierzu kommen noch die Gefahren, die dem Wächter von Dieben und Einbrechern drohen und die, wie allgemein anerkannt, in der jetzigen Kriegszeit ganz außerordentliche sind.

Es ist daher unerläßlich, daß auch den Nachtwächtern ein öffentlich-rechtlicher Anspruch auf Ersatz des in Ausübung ihres Berufes erlittenen körperlichen Schadens eingeräumt wird. Die Möglichkeit hierzu bietet die reichsgesetzliche Unfallversicherung. Der Bundesrat ist auf Grund des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen vom 4. August 1914 in der Lage, die Betriebe der Unternehmer, die das Bewachen von Gebäuden und Grundstücken zum Gegenstand haben, der reichsgesetzlichen Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung zu unterstellen, so daß den Wächtern ebenso wie allen anderen unfallversicherungspflichtigen Arbeitern Schadenersatzansprüche gegen eine Berufsgenossenschaft zustehen. Die Wachbetriebe einer bestehenden Berufsgenossenschaft zuzuteilen, dürfte keine Schwierigkeiten bieten. In Frage würde vielleicht die Lagereiberufsgenossenschaft kommen, welcher die gewerbsmäßigen Speicher-, Lagerei- und Kellereibetriebe angehören. Handelt es sich doch um die Bewachung lagernder Güter, zu denen im weitesten Sinne auch private Wohnungseinrichtungen gerechnet werden könnten.

Zum Beweise, daß die Sicherstellung der Wächter eine Forderung von höchstem Interesse für die Allgemeinheit ist, bedarf es nur des Hinweises, daß jedem Einzelnen an der Sicherung seines Eigentums gelegen sein muß, daß sich aber bei fehlender Fürsorge wohl schwerlich das erforderliche Personal für die Bewachung des Eigentums finden wird.

Zum Schlusse sei noch ein Fall aus der Praxis angeführt. Die Ehefrau eines im Felde befindlichen Kriegers ist als Nachtwächterin von Einbrechern so schwer verletzt worden, daß sie wohl zeitlebens siech bleiben wird. Da sie bis zum Ausbruch des Krieges nur in der Hauswirtschaft tätig war, hat sie noch nicht die erforderliche Wartezeit zurückgelegt, die zum Bezuge von Invalidenrente berechtigt. Da sie auch der Unfallversicherung nicht unterstellt ist, hat sie demnach keinen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Ersatz des erlittenen Schadens. Es ist dies geradezu ein Schulbeispiel für einen Zustand, wie er nicht sein sollte und daher dringend der Abhilfe bedarf. Möge diese von den maßgebenden Stellen bald getroffen werden.

Erich Keim, Stellvertretender Vorsitzender des Versicherungsamts der Stadt Berlin.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Reichswochenhilfe in München.

Zum Zwecke der einheitlichen Durchführung der verschiedenen von Reichs wegen erlassenen Bestimmungen über die Wochenhilfe während des Krieges, namentlich aber zum Vollzug der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) hat der Stadtmagistrat München dem städtischen Versicherungsamt eine besondere „Abteilung für Wochenhilfe“ angegliedert. Aus einem Tätigkeitsberichte der Abteilung entnehmen wir, daß sie zur Zeit aus zwei männlichen und zwei weiblichen Hilfskräften besteht, die mit der Entgegennahme, Bearbeitung und rechnerischen Überprüfung der einzelnen Anträge und der von den Krankenkassen des Bezirks des Städtischen Versicherungsamtes eingereichten Nachweisungen über die von ihnen unmittelbar zu Lasten des Reichs verauslagten Beträge an Reichswochenhilfe (§§ 1, 5 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, RGBl. S. 492), sowie mit den im Vollzug der ergehenden Beschlüsse notwendigen Ausfertigungen betraut sind. Soweit die Gewährung der Reichswochenhilfe von dem Bezug der Reichsfamilienunterstützung nach dem Gesetz vom 28. Februar 1888/4. August 1914 abhängig ist, wird die Mithilfe der zur Gewährung dieser Unterstützung zuständigen städtischen Bezirkswohlfahrtsausschüsse in Anspruch genommen. Die Einweisung der Reichswochenhilfe erfolgt nicht eher, als bis von diesen Stellen die Mitteilung über die Einweisung der Familienunterstützung in den Eingang der Abteilung gelangt ist. Die genannten Bezirkswohlfahrtsausschüsse haben auch die Vermittlung der Aushändigung der jeweils mit der Auszahlung der Familienunterstützung zur Auszahlung gelangenden Anweisungen auf Wochengeld und Stillgeld übernommen. Die zum Bezug des Stillgeldes nötigen Stillzeugnisse werden von den Säuglingsfürsorgestellen des Bezirksverbandes München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, sowie von jedem Arzte unentgeltlich ausgestellt; Stillbescheinigungen von Hebammen werden nur in ganz zwingenden Fällen anerkannt.

Die Abteilung für Wochenhilfe hat am 6. Mai 1915 den Geschäftsbetrieb aufgenommen, besteht also nunmehr drei Jahre. In dieser Zeit sind bei der Abteilung 6610 Anträge auf Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 gestellt worden. Im Vollzuge der Bundesratsbekanntmachung vom 6. Juli 1917 über die Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes (RGBl. S. 591) wurden bisher 11 Anträge (10 eheliche, 1 außereheliche Niederkunft) gestellt. Hiervon wurde nur 1 Antrag (außereheliche Niederkunft) unter Bewilligung von 25 Mk. Entbindungskostenbeitrag, 85,50 Mk. Wochengeld und 42,50 Mk. Stillgeld genehmigt. Die übrigen 10 Anträge wurden sämtlich abgelehnt, da die zur Genehmigung erforderliche Voraussetzung der Ver-

schlechterung der wirtschaftlichen Lage durch Eintritt des Ehemannes in den Hilfsdienst nicht gegeben war. Die geringe Zahl der gestellten Anträge ist neben einer gewissen Unkenntnis der beteiligten Kreise über den auch bei Beschäftigung im Hilfsdienst gegebenen Anspruch auf Reichswochenhilfe, vor allem darauf zurückzuführen, daß die ziemlich zahlreichen Voraussetzungen für die Genehmigung, unter ihnen wieder gerade die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage in der Regel nicht erfüllt sind, und daß daher die meisten bei der Abteilung für Wochenhilfe vorsprechenden Personen nach entsprechender Belehrung von einer förmlichen Antragstellung absehen. Mit Beschluß vom 6. Juli 1915 hat der Stadtmagistrat eine Arbeitslosenwochenhilfe eingeführt, deren Durchführung ebenfalls der Abteilung für Wochenhilfe übertragen worden war. Hier wurde ein einziger Antrag gestellt, bei dem aber die einzelnen Fristen vollständig in die Zeit vor Inkrafttreten dieses Beschlusses fielen, so daß Leistungen nicht gewährt werden konnten. Um möglichst allen Anspruchsberechtigten die Reichswochenhilfe zu verschaffen, namentlich aber um die aus Stiftungen bereitstehenden Mittel für die Gewährung von Stillprämien in wirksamerer Weise verteilen zu können, wird die Zubilligung solcher Stiftungsgelder davon abhängig gemacht, daß eine Bestätigung der Abteilung für Wochenhilfe über das Nichtbestehen eines Anspruchs auf Reichswochenhilfe beigebracht wird. Solche Bescheinigungen wurden bisher 2479 ausgestellt.

Die in der Presse erschienenen häufigeren Hinweise auf das Bestehen der Abteilung für Wochenhilfe hatten auch zahlreiche Anfragen von auswärts zur Folge. Diese von Bayern rechts und links des Rheins an die Abteilung gelangten Anfragen (224) wurden anfangs unter Verständigung der Anfragenden an die zuständigen Behörden weitergeleitet; seit Errichtung der „Rechtsauskunftsstelle für Wochenhilfe“ beim Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern (vgl. Min.-Entschl. v. 13. November 1917 in St.-Anz. Nr. 265) werden sie an diese Stelle abgegeben. Soweit die Gewährung der Reichswochenhilfe den Krankenkassen übertragen ist (Vollzug der Bundesratsbekanntmachung vom 3. Dezember 1914) haben die der Aufsicht des Städt. Versicherungsamts unterstehenden Krankenkassen bisher in 6128 Fällen zu Lasten des Reichs im ganzen 459 594,15 *M* ausgezahlt, wovon 410 180,30 *M* auf die Allg. Ortskrankenkasse München (Stadt) treffen. Außerdem haben diese Kassen noch auf Grund § 195 RVO. mit § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zu eigenen Lasten rund 1 Million Mark an Wochenhilfe gewährt, so daß im Laufe der letzten 3½ Jahre an Münchener Wöchnerinnen rund 2 Millionen Mark an Wochenhilfe zur Auszahlung gelangten. Die günstigen Ergebnisse der Einführung der Reichswochenhilfe auf den Gesundheitszustand der im Kriege Geborenen sind schon heute unbestritten. Ihr ist namentlich eine Steigerung der Stillhäufigkeit und der Stilldauer zu verdanken. Das Versicherungsamt hat in dieser Beziehung 12 829 bisher vollständig abgeschlossene Fälle nachgeprüft und dabei u. a. auch die bemerkenswerte Tatsache festgestellt, daß, während rund ⅔ der verheirateten Wöchnerinnen die ganze Dauer der Gewährung des Stillgeldes stillen, diese Höchstdauer nur von etwas über ⅓ der ledigen Wöchnerinnen erreicht wird. Da diese Wöchnerinnen zumeist einer Arbeit nachzugehen pflegen, setzt mit dem Beginn der 7. Woche, dem Ablauf der für die unter § 137 Abs. 6 der GewOrdg. fallenden Arbeiterinnen festgesetzten Ruhezeit ein rasches Absteigen des Stillens ein; die hohe Zahl der einwöchig Stillenden darf hierbei nicht täuschen, da sie wesentlich darin begründet ist, daß die ledigen Wöchnerinnen zumeist in der Frauenklinik entbinden und dort für jede physisch hierzu in der Lage befindliche Wöchnerin Stillzwang besteht. Daß bei den nicht volle 12 Wochen stillenden ehelichen Wöchnerinnen, namentlich bei denen, welche die Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 empfangen haben, wiederum die Höhepunkte bei der 6. und 8. Woche liegen, ist teils in dem Beschäftigungsverbot des § 137 Abs. 6 RGewOrdg., teils in dem Umstand begründet, daß das Wochengeld bei 14 tägiger Vorauszahlung nur auf 6, sonst auf 8 Wochen nach der Niederkunft gewährt wird. Eine Hebung der Stilldauer ist also innig verbunden mit einer Verlängerung der Arbeitsruhezeit und der Gewährung einer gleichzeitigen ausgiebigeren Entschädigung für den entfallenden Arbeitsverdienst.

Zur Belastung der Krankenkassen durch die freiwillig Weiterversicherten

entnehmen wir dem Geschäftsbericht der Allgem. Ortskrankenkasse für die Stadt Aachen folgendes:

„Die Belastung, welche die nach Beendigung der Pflichtmitgliedschaft freiwillig weiterversicherten Personen bekanntermaßen für die Kassen bieten, verschärfte sich für unsere Kasse während des Krieges erheblich dadurch, daß ihre Zahl zunahm bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der Pflichtmitglieder. Bei Gründung der Kasse, Anfang 1914, machten die freiwilligen Mitglieder 6,3 v. H. der Gesamtmitglieder, Ende 1917 = 9,8 v. H. aus.

Die Belastung der Kasse durch die freiwilligen Mitglieder ist zum Teil begründet durch den Übergang der älteren, chronisch kranken, dauernd erwerbsunfähigen, invalidisierten Mitglieder zu ihr, durch die überwiegende Beteiligung der weiblichen Mitglieder, die 80 v. H. der Gesamtzahl ausmachen, und sowohl durch höhere Krankheitsgefahr des weiblichen Geschlechts das durch Wochenhilfekosten höhere Aufwendungen verursacht. Diese Belastung wird einigermaßen verringert durch den Ausschluß der völlig erwerbsunfähigen Invalidenrentner vom Krankengeldbezug . . . Die Hauptursache der Belastung bildet aber der durch das Gesetz gestattete Übergang zu den niedrigeren Lohnklassen, deren Beiträge die für diese Mitglieder erforderlichen Ausgaben bei weitem nicht decken. Der Jahresbeitrag eines Mitgliedes unserer niedrigsten Lohnstufe, welche für die freiwillige Versicherung meistens gewählt wird, beträgt bei 50 Beitragswochen 16,50 *M*, dagegen die Durchschnittsausgaben der Kasse pro Mitglied für die Krankenpflege (Arzt, Arznei, Spital) und Verwaltung schon über 23 *M*, dazu kommen noch die Ausgaben für Krankengeld, Hausgeld, Wochenhilfe, Sterbegeld; die Kasse wird also für die Mitglieder der I. Lohnstufe annähernd deren vollen Jahresbeitrag aus eigenen Mitteln zulegen müssen. Auch die II. Lohnklasse erfordert noch erhebliche Zuschüsse. Um nun festzustellen, welchen Umfang diese Abwanderungen zu niedrigeren Klassen haben, in welchem Maße sich die hochgelöhnten Mitglieder an ihr beteiligen, wurde nachstehende Aufnahme gemacht. (Es folgt eine tabellarische Übersicht.)

. . . Aus der 7. bis 3. Klasse gingen über zur 2. oder 1. Klasse 170 (31,5 v. H.) m., 874 (62 v. H.) w. Mitglieder, aus der 7. bis 2. Klasse gingen über zur niedrigsten Klasse 185 (33 v. H.) m., 1115 (63 v. H.) w. Mitglieder.

Die Abwanderung der männlichen Mitglieder zu den niedrigeren Lohnklassen ist also verhältnismäßig

weit geringer als die der weiblichen; für die männlichen Mitglieder trifft die vielfach geäußerte Annahme nicht zu, daß die beim Überschreiten der Einkommensgrenze von 2500 *M* sich Weiterversichernden durchweg in die niedrigste Lohnstufe übergehen und sich auf Kosten der Kasse für sie billigste Krankenpflege verschaffen. Von 235 männlichen Mitgliedern der 7. Klasse haben nur 54 die niedrigste Klasse gewählt, dagegen sind 103 in der höchsten Lohnklasse verblieben. Die männlichen Mitglieder legen mehr Wert darauf, im Erkrankungsfalle ein auskömmliches Krankengeld zu beziehen, als sehr niedrige Beiträge zu zahlen. Fast doppelt so stark ist die Abwanderung beim weiblichen Geschlecht, dementsprechend die Belastung der Kasse. Aber bei diesem kommt die Weiterversicherung infolge Überschreitens der Gehaltsgrenze fast gar nicht in Betracht, eine erhebliche Rolle wird aber wohl das Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung infolge Verheiratung mit Männern spielen, die ein gutes Einkommen haben.

Im ganzen genommen bleibt die Belastung der Kassen durch die freiwilligen Mitglieder eine übergroße, wie dies u. a. die allgemeine Ortskrankenkasse Pforzheim nachgewiesen hat; diese Frage beschäftigt daher die Sozialpolitiker stark und wird am besten durch eine Gesetzesänderung gelöst werden, etwa in der Art, daß das übertretende Mitglied entweder in seiner Lohnklasse verbleibt oder nur in eine durch die Kassensatzung zu bestimmende niedrigere Stufe übertreten darf. Diese würde dann so zu wählen sein, daß die Beiträge annähernd die Durchschnittsausgaben für das Mitglied decken. Invalide, die Krankengeld nicht erhalten, könnten wegen ihrer ungünstigen Verhältnisse hierbei noch besonders berücksichtigt werden."

Über die Erhöhung der Grenze des versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienstes in der Angestelltenversicherung

verhandelte am 19. März d. Js. der Verwaltungsrat der Angestelltenversicherung. Nach dem schriftlichen Berichte des bestellten Berichterstatters sind im Januar 1918 zwei Eingaben, die eine von der Arbeitsgemeinschaft freier Angestelltenverbände, die andere von der Siebener-Kommission des Hauptausschusses für die staatliche Pensionsversicherung der Privatangestellten an Bundesrat und Reichstag bzw. an Direktorium und Verwaltungsrat der Reichsversicherungsanstalt gerichtet worden. Die Arbeitsgemeinschaft freier Angestelltenverbände hat in ihrer Eingabe die Bitte ausgesprochen, auf Grund des § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen eine Verordnung folgenden Inhalts zu erlassen:

1. Die Grenze des für die Versicherungspflicht maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes wird von 5000 *M* auf 8000 *M* erhöht.

2. Versicherte, die während des Krieges wegen Überschreitens der 5000 *M*-Einkommensgrenze aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind, treten ohne Nachzahlung der Beiträge in die alten Rechte ein.

3. Für die Zeit, während welcher der Angestellte wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze von 5000 *M* nicht versichert war, kann er Beiträge in Gemäßheit des § 49 des AngestVersGes. nachzahlen.

4. Bei Angestellten, die wegen Überschreitens der 5000 *M*-Grenze aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind oder nicht versicherungspflichtig waren und vor dem 1. Dezember 1917 bei öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunternehmungen einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben, finden die Bestimmungen des § 390 des AngestVersGes. sinngemäß Anwendung.

Die Siebener-Kommission des Hauptausschusses für die staatliche Pensionsversicherung der Privatangestellten hat den Verwaltungsrat gebeten, darauf hinzuwirken, daß

1. die Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht auf 8000 *M* erhöht,

2. drei neue Beitragsklassen von 5000 bis 6000 *M* mit 33,60 *M*, von 6000 bis 7000 *M* mit 40,00 *M* und von 7000 bis 8000 *M* mit 48,80 *M* geschaffen werden.

In den Verhandlungen des Petitionsausschusses habe der Präsident des Direktoriums einen Überblick über die bestehende Rechtslage und die Stellungnahme des Direktoriums gegeben. Eine Erhöhung des für die Versicherungspflicht maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes könne zur Zeit nur als Kriegsmaßnahme in Betracht kommen, d. h. nur insoweit, als sie zur Ausgleichung von Härten infolge der Verschiebung der Einkommensverhältnisse während des Krieges notwendig erscheine. Das Direktorium habe in seiner überwiegenden Mehrheit das Bedürfnis nach einem solchen Ausgleich anerkannt und beschlossen, beim Bundesrat den Erlaß einer entsprechenden Verordnung zu beantragen. Nach § 1 dieser auf Grund des sogenannten Ermächtigungsgesetzes vom 4. August 1914 zu erlassenden Verordnung sollen

1. versicherte Angestellte, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden würden, weil sich ihr Jahresarbeitsverdienst auf über 5000 *M* erhöht, in Gehaltsklasse J (also in der höchsten Klasse von 4 bis 5000 *M*) versicherungspflichtig bleiben, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst 6000 *M* nicht übersteigt. Es sollen

2. unter derselben Voraussetzung in Gehaltsklasse J versicherungspflichtig sein, solche Angestellte, die seit Ausbruch des Krieges aus der Versicherungspflicht wegen Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes auf über 5000 *M* ausgeschieden sind; weiter sollen gemäß § 2 Kalendermonate, in denen ein nach § 1 versicherungspflichtiger Angestellter wegen Erhöhung seines Jahresarbeitsverdienstes auf über 5000 *M* nicht versicherungspflichtig war, im Sinne der §§ 15 und 49 des Gesetzes, also zur Erhaltung der Anwartschaft, als Beitragsmonate angerechnet werden.

In der Besprechung sei allseitig anerkannt worden, daß die während des Krieges eingetretene allgemeine Entwertung des Geldes eine große Steigerung des Arbeitseinkommens der versicherungspflichtigen Angestellten herbeigeführt habe und daß infolgedessen sehr viele Angestellte die bisherige Grenze des versicherungspflichtigen Einkommens von 5000 *M* überschritten hätten. Man war auch einig darüber, daß es wünschenswert sei, hierdurch entstandene Verschiebungen in der Versicherung zu beseitigen. Die Meinungen gingen aber darüber auseinander, in welchem Umfange dies zu geschehen habe und welche Mittel dafür anzuwenden seien. Wie es der Berichterstatter aufgefaßt habe, stellten sich die Angestelltenvertreter grundsätzlich auf den Boden der beiden Petitionen. Von diesen beruft sich die Petition der Arbeitsgemeinschaft freier Angestelltenverbände zwar auf § 3 des Ermächtigungsgesetzes vom 4. August 1914, es scheine aber doch bezweckt zu sein, die Versicherungsgrenze von 5000 *M* dauernd auf 8000 *M* zu erhöhen, also über den Rahmen einer bloßen Kriegs-

maßnahme hinauszugehen. Jedenfalls treffe dies für die zweite Petition zu. Diese richte an den Verwaltungsrat die Bitte, darauf hinzuwirken, daß die Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht von 5000 M auf 8000 M erhöht und daß drei neue Beitragsklassen hinzugefügt werden. Diese Petition wolle also offensichtlich eine dauernde Umgestaltung des Gesetzes. Die Angestelltenvertreter seien aber nicht befriedigt gewesen mit der vom Direktorium vorgeschlagenen Einkommensgrenze von 6000 M, sondern wollten eine Erhöhung derselben auf 8000 M oder wenigstens 7000 M. Schließlich seien sie bereit gewesen, der Bemessung auf 6500 M zuzustimmen, um einen einhelligen Beschluß des Ausschusses zu ermöglichen. Von der Arbeitgeberseite wurde ausgeführt, daß jedenfalls eine dauernde Erhöhung der Versicherungsgrenze nicht in Frage kommen könne. Das Gesetz bestehe erst seit 5 Jahren und sei noch nicht einmal vollständig in Wirksamkeit getreten, da je Ruhegehälter an männliche Angestellte noch nicht gezahlt würden. Ferner sei durch die beitragslose Anrechnung der Kriegszeiten schon eine große Mehrbelastung der Reichsversicherungsanstalt eingetreten, und man dürfe deshalb jetzt nicht wesentliche Bestimmungen des Gesetzes ändern. Ganz besonders gelte dies während der Kriegszeit mit ihren ungewöhnlichen Verhältnissen. Man könne erst nach Wiederkehr des regelmäßigen Friedenszustandes prüfen, ob es etwa geboten sei, die bisherigen wohlüberlegten Vorschriften des Gesetzes zu ändern. Die letztere Erwägung spreche eigentlich auch gegen eine vorübergehende Maßnahme, weil diese später nach Wiedereintritt des Friedens benutzt werden würde, um eine dauernde Erhöhung des versicherungspflichtigen Einkommens durchzusetzen. Es sei zweifelhaft, ob überhaupt durch das infolge der Einkommenserhöhung eingetretene Ausscheiden aus der Versicherungspflicht so großer Schaden entstanden sei. Jedenfalls würden in der Großindustrie die meisten der in Frage kommenden Angestellten die Versicherung freiwillig fortgesetzt haben, wozu ja schon die Beitragszahlung in der niedrigsten Klasse genüge. Äußersten Falls könne man der vom Direktorium vorgeschlagenen Kriegsverordnung zustimmen, dann müsse es aber auch bei der Einkommensgrenze von 6000 M verbleiben.

Demgegenüber hätten die Angestelltenvertreter ihren Antrag aufrechterhalten, die Grenze zum mindestens auf 6500 M festzusetzen. 6500 M seien die Mitte zwischen den jetzt geltenden 5000 M und den von den Angestelltenverbänden geforderten 8000 M, und sie könnten es vor ihren Auftraggebern nicht verantworten, weiter herabzugehen. Sie machten ferner geltend, die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung biete keine genügende Abhilfe für das beklagte Ausscheiden aus der Versicherung; denn entweder müßten dann die Angestellten, wenn sie die Versicherung in der bisherigen Klasse fortsetzen wollten, allzu hohe Beiträge zahlen oder sie träten, um das zu vermeiden, in die niedrigste Gehaltsklasse über, in welchem Falle sie später eine geringere Rente zu erwarten hätten und obendrein die Reichsversicherungsanstalt schädigten.

Der Auffassung, daß die freiwillige Weiterversicherung im allgemeinen nicht im Interesse der Reichsversicherungsanstalt liege, habe sich auch der Präsident angeschlossen. Meist erfolge sie in der niedrigsten Gehaltsklasse und in dieser reichen die Beiträge bei weitem nicht aus, um etwa die Kosten eines Heilverfahrens zu decken.

Im Zusammenhange mit dieser Erörterung sei es von einem der Angestelltenvertreter als eine Härte des Gesetzes bezeichnet worden, daß die Wartezeit für den Anspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente bei freiwilliger Versicherung länger bemessen sei als bei der Pflichtversicherung. Zum mindesten sollte zugunsten der Hinterbliebenen eine Änderung eintreten, die zur Milderung von Härten der Kriegszeit dienen würde. Nach § 396 des Gesetzes genügten in den ersten 10 Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Erfüllung der Wartezeit bei den Hinterbliebenenrenten 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht; man solle bestimmen, daß im Sinne des § 396 freiwillige Beiträge den Pflichtbeiträgen gleichzuachten seien, daß also bei der Wartezeit von 60 Beitragsmonaten auch die Zeiten der freiwilligen Versicherung mitgezählt werden. Es möge geprüft werden, ob nicht eine entsprechende Bestimmung in die vorgeschlagene Kriegsverordnung aufgenommen werden könne. Gegen diesen Vorschlag äußerten der Präsident wie auch die Arbeitgebervertreter Bedenken.

Bei der Abstimmung standen sich die Arbeitgeber- und Versichertenstimmen gegenüber, indem erstere für die Grenze von 6000 M, letztere für diejenige von 6500 M stimmten. Durch Stichentscheidung des Präsidenten sei dann der Beschluß auf 6000 M gefaßt worden, so daß der Entwurf des Direktoriums unverändert angenommen worden sei. Der Berichterstatter müsse sich eines bestimmten Antrages enthalten und stellte die Entscheidung dem Verwaltungsrat anheim.

Der Vorsitzende wies darauf hin, daß die Angestelltenvertreter in der Vorbesprechung ihre Stellungnahme für die heutige Verwaltungsratssitzung ausdrücklich vorbehalten hätten. Daran schloß sich eine eingehende Aussprache über den Bericht (zu vgl. „Angestelltenversicherung“ S. 70) und die Abstimmung: Es wurde dem Vorschlage des Direktoriums gegen 3 Arbeitgeberstimmen gutachtlich mit der Maßgabe zugestimmt, daß die Gehaltsgrenze auf 7000 M festgesetzt werden möge.

Die soziale Versicherung in Belgien.

Belgien gehörte zu den modernen Staaten, in denen die sozialen Reformen am rückständigsten waren (zu vgl. Zacher, Arbeiterversicherung im Auslande, Heft XII und XIIa, Verlag der „Arbeiter-Versorgung“; ferner über den im folgenden erwähnten Gesetzentwurf: ArbVers. 1913 S. 328 und über soziale Gesetzgebung im besetzten Belgien: ArbVers. 1914 S. 796). Ein Krankenversicherungszwang bestand dort überhaupt nicht. Die vorhandenen Krankenkassen sind freie, auf Gegenseitigkeit beruhende Hilfsvereine, die allerdings zum Teil Staatszuschüsse erhielten. Ähnlich ist es auf dem Gebiete der Invaliden- und Altersversicherung. Nur für die Bergarbeiter wurde am 1. Januar 1912 ein Altersversicherungszwang eingeführt. Die Bergwerksbesitzer haben dafür zu sorgen, daß die Versicherung ihrer Arbeiter bei der allgemeinen Altersrentenkasse durchgeführt wird. Nur auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist im Jahre 1904 für bestimmte Betriebe im Gewerbe und der Landwirtschaft der Versicherungszwang eingeführt worden. Durch alle diese Einrichtungen war in den letzten Jahren vor Kriegsausbruch nicht mehr erreicht, als daß von rund 2 100 000 Arbeitern und Angestellten nur etwa ein Viertel der Krankenversicherung, ein Siebentel der Invalidenversicherung und ein Sechstel der Altersversicherung beigetreten waren.

Ende des Jahres 1912 legte die Regierung einen Gesetzentwurf vor, nach dem der Kranken-, Invaliden- und Altersversicherungszwang eingeführt werden sollte. Der Versicherung sollten unterliegen alle Personen ohne Unterschied des Geschlechts, die in Industrie, Handel, Gewerbe, Landwirtschaft gegen Entgelt beschäftigt sind, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst nicht 2400 Fr. übersteigt. Die Heimarbeiter und einige andere Gruppen von Arbeitern und Arbeiterinnen sollten noch versicherungsfrei bleiben. Zur Durchführung der Versicherung wurden zwei Arten Versicherungsträger geschaffen: die bereits bestehenden anerkannten Genossenschaften und sogen. Bezirksversicherungsräte. Es sollte den Versicherungspflichtigen freigestellt werden, einer der beiden Kassen beizutreten. Den Genossenschaften wurden bestimmte Mindestleistungen vorgeschrieben. Die Beiträge sollten zum Teil von den Arbeitgebern und zum Teil von den Versicherten getragen werden. Die Leistungen der Krankenversicherung sollten ähnlich wie in Deutschland sein, die Invalidenversicherung sollte bei Ganzinvalidität eine jährliche Rente von 365 Fr. kennen.

Dieser Gesetzentwurf wurde im Anfang des Jahres 1914 auch von der belgischen Kammer beraten und angenommen. Im Senat konnte er jedoch infolge Kriegsausbruchs nicht erledigt werden. So blieb auch Belgien weiter ohne eine nennenswerte soziale Versicherung. Die damit zusammenhängenden wirtschaftlichen Mängel waren jedoch, verschärft durch die Kriegswirkungen, so erheblich, daß sich der Generalgouverneur in Belgien, Generaloberst Freiherr von Falkenhausen, entschloß, **eine Verordnung über die obligatorische Kranken-, Invaliden- und Altersversicherung von Arbeitern und Angestellten** in Flandern und Wallonien zu erlassen. Diese Verordnung von Mitte April 1918 läßt die Unfallversicherung, weil schon in einer den deutschen Einrichtungen annähernd gleichwertigen Weise bestehend, unberührt. Auch an den schon durch Gesetz vom 5. Juni 1911 eingeführten Alterspensionen der Bergleute wird nichts geändert. Bemerkenswert ist dagegen, daß die Versicherung nicht nur die Arbeiter, sondern gleichzeitig auch die Angestellten umfaßt. Die Verordnung, die 50 Artikel enthält, lehnt sich eng an das im Jahre 1914 nicht fertig gestellte Gesetz an.

Die **Versicherungspflicht** erstreckt sich auf Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge und alle sonstigen Angestellten beiderlei Geschlechts, die in Industrie, Gewerbe, Handel, Land- und Forstwirtschaft gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt werden, sofern dieser 3000 Fr. jährlich nicht übersteigt. Die nichtversicherungspflichtigen Personen, insbesondere die selbständig Erwerbstätigen, können sich freiwillig versichern.

Die **Versicherungsträger** knüpfen an die bereits im Lande vorhandenen privaten Versicherungseinrichtungen an. Somit kommen als Träger der **Krankenversicherung** die auf Gegenseitigkeit gegründeten freien Hilfsvereine (Hilfskassen) in Betracht, die zumeist von politischen Organisationen ins Leben gerufen sind. Ihre Zahl hat sich ständig vermehrt; im Jahre 1913 waren in ihnen wohl etwa eine halbe Million Personen versichert. Die geldlichen Verhältnisse der Hilfskassen waren vor dem Kriege und sind nach Überwindung der ersten Kriegswirkungen günstig. Die Kassen erhalten von verschiedenen Seiten Zuschüsse, so vom Staate (im Jahre 1913 rund 325 000 M), von Ehrenmitgliedern, von Provinzen, Gemeinden usw. Träger der **Invalidenversicherung** sind zum Teil Kassenverbände, die früher zu dem Zwecke gegründet waren, um nach Ablauf der Leistungsdauer der Krankenkassen die weitere Krankenhilfe gegen geringe Beiträge zu übernehmen. Nach einem Gesetz vom 15. Mai 1912 legt der Staat zu jedem Krankenversicherungsbeitrag 60 Centimes zu. Diese Einrichtung wird auch beibehalten. Träger der **Altersversicherung** ist in der Hauptsache die im Jahre 1865 errichtete Altersrentenkasse, der auch eine allgemeine Sparkasse angegliedert ist. Die Staatszuschüsse waren hier ganz bedeutende, im Jahre 1913 z. B. 8,6 Millionen Fr. Infolge dieser Unterstützungen waren in der Altersrentenkasse schließlich fast 1¾ Millionen Personen versichert. Die gewährten Renten sind äußerst verschieden; sie schwanken von 1 Fr. bis 1200 Fr. jährlich. Im Jahre 1913 wurden 22,8 Millionen Fr. eingenommen und nur 3,7 Millionen Fr. ausgegeben. Kein Wunder, daß bei solchen Einrichtungen das Vermögen auf 235 Millionen Fr. angestiegen war.

Die Einführung des Versicherungszwanges ergab die Notwendigkeit, für jene Versicherungspflichtigen, die keiner der genannten freiwilligen Kassen angehören können oder wollen, neue Versicherungsträger zu schaffen. Sie wurden in der Gestalt der **Bezirksversicherungskassen errichtet**. Sie sind jedoch nur für die Invalidenversicherung vorhanden, die Altersversicherung erfolgt allgemein bei der Altersrentenkasse unter Staatsgarantie in Brüssel. Man sieht, daß hier eine außerordentliche Zersplitterung der Versicherungseinrichtungen vorhanden ist, die sich daraus ergibt, daß das Bestehende möglichst beibehalten werden sollte.

Die **Mittel für die Versicherung** werden durch Beiträge der Versicherten, der Unternehmer und des Staates aufgebracht. Namentlich die staatlichen Beihilfen werden recht erheblich und den Kassen und Kassenverbänden sehr willkommen sein. Staatliche Mittel sollen auch für die Errichtung von Heilstätten (Sanatorien) und als Beiträge zu den Kosten der Heilverfahren, die ein wirksames Mittel zur Bekämpfung der Volkskrankheiten (wie der Tuberkulose) bilden, bereitgestellt werden. Die Errichtung von Oberversicherungsräten als besondere Organe für die neue Versicherung soll in Aussicht genommen sein.

Was die **Leistungen** anbetrifft, so geht die Verordnung weit über den Regierungsentwurf von 1912 hinaus. Als Regelleistungen müssen von allen zugelassenen Kassen gewährt werden im Falle der **Erkrankung** neben anderen Vorteilen freie ärztliche Behandlung und kostenlose Lieferung von Arznei und daneben bei Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf einer kurzen Karenzzeit ein tägliches Krankengeld von 1,50 Fr. (statt 1 Fr.) für wenigstens drei Monate. Versicherten Arbeiterinnen wird bei der Niederkunft eine Wöchnerinnenunterstützung (Wochengeld) in gleicher Höhe für vier Wochen gewährt. Das sind jedoch nur die Mindestleistungen, die alle anerkannten und zur Versicherung zugelassenen Kassen gewähren müssen. Es steht ihnen frei, zugunsten ihrer Versicherten auch andere und erhöhte Unterstützungen einzuführen. Kassen, die derartige wichtigere Mehrleistungen gewähren, dürfen auf besondere Staatsunterstützungen rechnen. Der invalide Arbeiter, d. h. wer nach Ablauf der Unterstützungsdauer der Krankenkassen krank und arbeitsunfähig bleibt, soll freie Krankenpflege und außerdem ein tägliches Invalidengeld von 1 Fr. erhalten.

Es ist der Erlaß noch einer Reihe weiterer Vor-

schriften nötig, um die Versicherung zur glatten Durchführung zu bringen. Jedenfalls zeigen die Bemühungen der deutschen Verwaltung, wie diese bestrebt ist, soziale Kultur nach Belgien zu tragen. Wird doch die Zahl der Versicherten auf annähernd 2 Millionen gehoben. Die geschaffenen Einrichtungen werden dazu beitragen, die schweren, durch den Krieg geschlagenen Wunden in Belgien zu heilen und namentlich die Arbeiterschaft mit der deutschen Verwaltung zu versöhnen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

An Viele. Die am Kopfe dieser Rubrik ständig veröffentlichten Bemerkungen empfehlen wir wiederholt aufmerksamer Beachtung. Man möge nicht übersehen, daß die Auskünfte unentgeltlich lediglich hier erteilt werden, und zwar in der Reihenfolge des Eingangs und nach Maßgabe des verfügbaren Raumes. Schriftliche Mitteilung erfolgt im allgemeinen dann, wenn ein dahin zielender Wunsch aus der Anfrage zu entnehmen oder der Gegenstand für unsere Leser ohne besonderen Wert ist. Wer bei uns anfragt, sollte auch unsere Antworten lesen oder mindestens durchsehen, sonst schädigt er sich selbst und — durch überflüssige Bemühung — auch uns.

Einkommensgrenze für das Beitrittrecht nach §§ 176, 310 RVO.

1. Berichtigung: In Heft 18 S. 360 Ziff. 4 beruht der Hinweis auf die §§ 176, 310 RVO. selbstverständlich auf einem Versehen, da das Beitrittsrecht nur besteht, wenn das jährliche Gesamteinkommen 2500 M nicht übersteigt.

Wahl des Vorsitzenden des Vorstandes bei Landkrankenkassen während des Krieges.

2. **Nach D.** Antwort: Unsere Auskunft im Heft 10 S. 200 Ziff. 7 gilt für Landkrankenkassen nur im Ausnahmefalle des § 331 Abs. 2 RVO. Im Regelfalle des Abs. 1 dagegen wählt die Vertretung des Gemeindevorstandes sowohl den Vorsitzenden wie die anderen Mitglieder des Vorstandes. Es handelt sich also auch bei der Wahl des Vorsitzenden nicht um eine Wahl innerhalb des Organs (nämlich des Vorstandes), sondern um eine Wahl durch eine außerhalb der Kassenorganisation stehende Körperschaft. Deshalb wird die Wahlzeit des Vorsitzenden, wie die der anderen Vorstandsmitglieder, von der Verlängerung durch die bezeichneten Verordnungen des Bundesrats mit betroffen. Ihre Erwägung, daß die Gemeindevertretung weder eine Versicherungsbehörde noch ein Versicherungsträger ist, ist ohne Bedeutung für die Frage. Entscheidend ist nach den Verordnungen, daß es sich um die Amtsdauer von Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten bei einem Versicherungsträger handelt.

Wiederholte Gewährung von Heilbädern.

3. **Nach Salzungen.** Antwort: Auch für die Gewährung von Bädern gelten die Vorschriften über die Unterstützungsdauer. Daher brauchen während eines Krankheitsfalles gemäß § 183 RVO. die Bäder nur für die hiernach zu berechnende Zeit gewährt zu werden. Hierbei ist aber ferner zu beachten, daß fortlaufende Leistungen eines in sich gleichartigen Mittels, wie Bäder, zwar als ein einheitliches Heilmittel anzusehen, aber, da sie teilbar sind, bis zum Höchstbetrage zu bewilligen sind, d. h. bis etwa 20 M nach der Praxis, sofern nicht die Satzung gemäß § 193 Abs. 1 einen anderen Betrag festsetzt (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 5b zu § 182 RVO.). In diesem Umfange müssen die Bäder für jeden einzelnen Versicherungsfall gewährt werden. Wenn jedoch die Krankheit auf derselben nicht behobenen Ursache beruht, so brauchen sie auf keinen Fall über die gemäß § 188 RVO. gekürzte Unterstützungsdauer hinaus gewährt zu werden, auch wenn während dieser der Höchstbetrag noch nicht erreicht sein sollte.

Einfluß von Teuerungszulagen auf das Versicherungsverhältnis nach der RVO. und dem AngestVersGes.

4. **Nach Düsseldorf.** Antwort: a) Teuerungszulagen werden im allgemeinen während des Krieges gezahlt, um die im Werte gesunkene Gegenleistung des Arbeitgebers auf eine den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen entsprechende Höhe zu bringen. Sie gehören daher zum Entgelt und sind, wenn es sich nicht um einmalige oder gelegentliche, sondern in regelmäßiger Wiederkehr gewährte Leistungen handelt, auch dem „regelmäßigen" Jahresarbeitsverdienst im Sinne der §§ 165 Abs. 2, 1226 Abs. 2 RVO. hinzuzurechnen (vgl. Bescheid und Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 566, 816). Gleiches muß auch für das „regelmäßige jährliche Gesamteinkommen" im Sinne des § 314 Abs. 2 gelten. Nach dieser Vorschrift „hat" der Kassenvorstand, sobald er glaubhaft erfährt, daß das regelmäßige Jahreseinkommen eines freiwilligen Mitgliedes infolge einer wiederkehrenden Teuerungszulage 4000 M übersteigt, diesem Mitgliede mitzuteilen, daß die Mitgliedschaft erloschen sei. Die Fassung ist zwingend. Der Vorstand darf, wenn er die Voraussetzung für hinreichend „glaubhaft" zu halten Grund hat, nicht aus bloßer Nachsicht von der Anwendung der Vorschrift absehen. Er kann zu ihrer

Befolgung im Aufsichtswege angehalten werden (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2b zu § 314).

b) Auch für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes im Sinne der §§ 1 (Abs. 3), 16, 17 des Angestelltenversicherungsgesetzes kommen Teuerungszulagen in gleicher Weise mit in Betracht (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 276, 402 Nr. 195). Wer daher infolge der Zulage mehr als 5000 M Jahresarbeitsverdienst hat, scheidet hiermit kraft Gesetzes aus der Pflichtversicherung aus, kann sich aber freiwillig weiterversichern und die erworbene Anwartschaft aufrechterhalten (§§ 15, 49, 50 AngestVersGes.). Beiträge, die gezahlt sind in der irrtümlichen Annahme, daß die Teuerungszulage außer Betracht bleibe und folglich die Versicherungspflicht noch bestehe, gelten, wenn sie nicht zurückgefordert werden, nach näherer Vorschrift des § 209 als für die freiwillige Weiterversicherung entrichtet; die Versicherungsanstalt kann also nicht bei Eintritt des Versicherungsfalls Ansprüche des Versicherten ablehnen, weil die Beiträge ungültig seien. Hat der Arbeitgeber infolge der Nichtanrechnung der Teuerungszulage zu niedrige Beiträge entrichtet, so ist er zur Nachzahlung des Rückstandes verpflichtet, wenn der Anspruch darauf nicht nach § 228 verjährt ist; außerdem kann er nach § 340 bestraft werden. Zu beachten sind noch die Vorschriften über unwirksame Beiträge (§§ 205 bis 208). Ob der Versicherte, wenn er infolge zu geringer Beitragsleistung durch den Arbeitgeber einen Ausfall an Versicherungsleistungen erleidet, Schadenersatz vom Arbeitgeber verlangen kann, ist zweifelhaft; der Regel nach wird anzunehmen sein, daß auch den Versicherten selbst ein Verschulden trifft und deshalb ein Anspruch nicht oder doch nicht im vollen Umfange des Schadens besteht (§ 254 BGB.; Näheres hierüber bei Mentzel-Schulz-Sitzler, Anm. 7 zu § 176 AngestVersGes.).

Beihilfe des Gemeindeverbandes zur Deckung von Fehlbeträgen nach § 2 Ges. vom 4. August 1914.

5. **Nach X.** Antwort: Nach § 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 (ArbVers. 1914 S. 569) hat der Gemeindeverband aus eigenen Mitteln die erforderlichen Beihilfen zu leisten, wenn bei einer Kasse die Beiträge von $4^1/_2$ % des Grundlohns für die Regelleistungen und Verwaltungskosten nicht ausreichen. Traf, wie es nach Ihrer Darstellung scheint, die Voraussetzung dieser Vorschrift für die Jahre 1914 bis 1916 zu, so war der Gemeindeverband zur Deckung des Fehlbetrages verpflichtet, und zwar als „Beihilfe“, also ohne Anspruch auf Rückerstattung. Denn das Gesetz hat diesen Ausdruck — abweichend z. B. von Art. 16 EinfGes., wo von „Vorschüssen“ die Rede ist — offenbar in Anlehnung an die Vorschriften in § 389 Abs. 2 und § 390 RVO. gewählt, um den Anspruch auf Rückerstattung auszuschließen. Wenn aber, ehe noch die Beihilfe geleistet ist, inzwischen der Rechnungsabschluß für das Jahr 1917 einen Überschuß ergibt, so mindert sich um diesen der in den früheren Jahren entstandene und vom Gemeindeverbande zu deckende Fehlbetrag von selbst; denn das Gesetz sagt nicht, daß bei der Feststellung der Voraussetzung des § 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 immer nur das Rechnungsergebnis jedes einzelnen Jahres für sich allein in Betracht zu ziehen ist. Der Gemeindeverband hat vielmehr nach dem Gesetze nur die „erforderlichen“ Beihilfen zu leisten, und wenn der Fehlbetrag früherer Jahre durch den Überschuß eines späteren Jahres teilweise ausgeglichen ist, so ist eben insoweit eine Beihilfe nicht mehr erforderlich. Auch die Rücklage für das Jahr 1917 ist mit von dem früheren Fehlbetrage abzurechnen; denn die vom Gemeindeverbande zu leistende Beihilfe soll nur „die Regelleistungen und Verwaltungskosten“, also nicht auch die Rücklage decken helfen. Den hiernach noch verbleibenden Rest des Fehlbetrages aber muß der Gemeindeverband decken, und er wird zur Erfüllung dieser Pflicht nötigenfalls durch Anrufung seiner Aufsichtsbehörde anzuhalten sein.

a) Zum Begriff des Streits über Leistungen aus der Krankenversicherung (§ 1636 RVO.). b) Änderung der Lohnstufen durch Vorstandsbeschluß?

6. **Nach Lg.** Antwort: a) Wir treten Ihrer Auffassung bei, meinen aber, daß die Klage des H. überhaupt nicht sachlich geprüft werden darf, sondern schon wegen Unzuständigkeit des Versicherungsamts abgewiesen werden muß. Denn es handelt sich hier nicht mehr um einen „Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung“ im Sinne des § 1636 RVO. Das Reichsversicherungsamt hat diese Vorschrift schon dann für nicht anwendbar erachtet, wenn die Kasse Leistungen gewährt hat und sie als zu Unrecht gewährt zurückfordert (ArbVers. 1916 S. 34; dagegen Hahn daselbst S. 98). Im vorliegenden Falle aber hat H. die von der Kasse bezahlten Kosten der Behandlung seiner Frau, als zu Unrecht gewährte Kassenleistung, an die Kasse zurückgezahlt und fordert jetzt wieder von der Kasse Rückerstattung dieses Betrages. Es handelt sich also jetzt weder um eine Leistung aus der Krankenversicherung noch um deren Rückforderung, sondern um die Frage, ob eine Zahlung, die ein Versicherter an die Kasse geleistet hat, des rechtlichen Grundes entbehrt, und deshalb zurückgefordert werden kann. Diese Frage ist unter bürgerlich-rechtlichen Gesichtspunkten vor dem ordentlichen Gericht auszutragen, wenngleich dabei versicherungsrechtliche Gesichtspunkte mit in Betracht kommen.

b) Der § 1 der Bekanntm. v. 17. 3. 18 (ArbVers. 11 S. 209) bezieht sich nur auf Änderungen und Ergänzungen, die zur Durchführung des § 1 der Bek. v. 22. 11. 17 (ArbVers. 1917 S. 817), also zur Erhöhung der oberen Grundlohngrenzen dienen sollen. Wenn die Kasse „bei dieser Gelegenheit... zugleich den in der Satzung festgelegten Grundlohn mit Lohnstufen ändern und einige sogen. Zwischenstufen einfügen“ möchte, so ist das ersichtlich nicht durch die Ausführung des § 1 der Bek. v. 22. 11. 17 bedingt und folglich nicht gemäß der Bek. v. 17. 3. 18 durch Vorstandsbeschluß zu bewerkstelligen, sondern es ist hierzu eine Satzungsänderung, also ein Beschluß des Ausschusses (§ 345 Abs. 2 Ziff. 6) erforderlich.

Anspruch des als Privatpatient behandelten Versicherten auf Erstattung der Kosten.

7. **Nach L.** Frage: Ein Kassenmitglied, das außerhalb des Kassenbezirkes wohnt, nimmt im dringenden Falle einen Arzt seines Wohnortes in Anspruch. Der Arzt, der vom Mitgliede auf seine Zugehörigkeit zur Kasse aufmerksam gemacht worden ist, lehnt die Behandlung für diese ab und stellt dem Mitgliede, das er als Privatperson behandelt hat, später eine Rechnung im Betrage von 110 M zur Bezahlung aus. Das Mitglied bittet uns um Erstattung des Betrages. Wir haben die Übernahme in voller Höhe abgelehnt und dem Mitgliede mit Rücksicht auf § 2 der preuß. ärztl. Gebührenordnung die Mindestsätze im Gesamtbetrage von 55 M angeboten. Ist die

Kasse zur Zahlung des höheren Betrages verpflichtet, insbesondere dann, wenn das Mitglied zu den in § 2 der vorgenannten Verordnung bezeichneten Unbemittelten gehörte?

Antwort: Wenn an sich die Voraussetzungen des § 2 Gebühren-Ord. f. Ärzte erfüllt sind, so kann der Arzt dem Versicherten nur die niedrigsten Sätze anrechnen, es sei denn daß er ausdrücklich mit ihm eine höhere Vergütung vereinbart hat. Eine solche Vereinbarung würde noch nicht allein dadurch zustande gekommen sein, daß der Arzt bei der Übernahme der Behandlung dem Kranken erklärte, daß er ihn nur als Privatperson behandle. Damit wurde nur zum Ausdruck gebracht, daß er es ablehne, als Auftraggeberin die Kasse zu betrachten. Wollte er gleichzeitig damit auch besagen, daß er eine höhere Vergütung beanspruche, als ihm nach der Gebühren-Ord. zukam, so hätte er das unzweideutig zum Ausdruck bringen müssen. Die Krankenkasse braucht nur die Mindestsätze zu erstatten. Nur wenn nachweislich das Mitglied keinen Arzt hätte finden können, der es zu den Mindestsätzen behandelt haben würde, so müßte sie freilich auch die Mehrkosten erstatten, denn die Krankenpflege muß sie gewähren; der Arzt ist aber nicht verpflichtet, die Behandlung zu übernehmen, und kann daher die Übernahme von der Bewilligung einer höheren Vergütung abhängig machen.

Grenze der Erstattungspflicht aus § 197 RVO. bei der Kriegswochenhilfe.

8. **Nach Köln.** Antwort: Die Höchstgrenze des Erstattungsanspruchs nach § 9 der Bek. v. 28. 1. 15 in Verbindung mit § 197 RVO. ist nicht getrennt nach dem Betrage der verschiedenen Leistungen an Kriegswochenhilfe, sondern nach dem Gesamtbetrage der Wochenhilfeleistungen zu bemessen, den die erstattungspflichtige Kasse bei eigener Leistungspflicht zu gewähren gehabt hätte. In diesem Sinne haben wir uns schon im Heft 4 S. 68 (Anm.) ausgesprochen, und so hat inzwischen auch das Reichsversicherungsamt entschieden (Entsch. v. 11. 2. 18, Nr. 2129 Amtl. Nachrichten 1918 S. 292).

Zurückforderung der Beiträge zur Angestelltenversicherung nach Feststellung der Versicherungsfreiheit (§§ 9, 209 AngestVersGes.).

9. **Nach K.** Antwort: Beiträge zur Angestelltenversicherung, die in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet worden sind, können vom Arbeitgeber nicht mehr zurückgefordert werden, wenn seit der Entrichtung zwei Jahre verflossen sind (§ 209 Abs. 1 und 3 AngestVersGes.). Diese Vorschrift trifft auch in Ihrem Falle zu. Eine dem § 9 Abs. 1 AngestVersGes. entsprechende Anwartschaft auf Ruhegeld usw. macht zwar ohne weiteres versicherungsfrei; solange aber nicht gemäß § 9 Abs. 3 festgestellt war, daß Ihnen eine solche Anwartschaft gewährleistet worden ist, mußte Ihre Versicherungspflicht angenommen und mußten Beiträge von der Krankenkasse, als Ihrer Arbeitgeberin, erhoben werden. Sobald dann der Kasse der Bescheid des Staatsministeriums über die Feststellung der Anwartschaft der Landkrankenkasse zugegangen war, war diese in die Lage versetzt, die Beiträge, als in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet, zurückzufordern. Die Kasse hat aber den Bescheid des Staatsministeriums an das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt lediglich übersandt „zur Entschließung über die Anerkennung der Versicherungsfreiheit des . . .“ Das hatte keineswegs zugleich die Bedeutung der Zurückforderung der Beiträge; denn diese Beiträge konnten, trotz Anerkennung der Versicherungsfreiheit, absichtlich der Versicherungsanstalt belassen werden zum Zwecke der freiwilligen Weiterversicherung nach §§ 15, 209 Abs. 1. Die Kasse mußte also, worauf übrigens in dem Übersendungsschreiben des Staatsministeriums hingewiesen war, dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt gegenüber zum Ausdruck bringen, daß die Erstattung der Beiträge beansprucht wird; nötigenfalls mußte sie den Anspruch gemäß § 210 geltend machen. Da sie das nicht getan hat, muß sie die Wirkung des § 209 Abs. 3 gegen sich gelten lassen.

Ansprüche auf Ersatz von Krankenhauskosten gegen eine Krankenkasse auf Grund der Geschäftsführung ohne Auftrag.

10. **Nach Freienwalde.** Antwort: An sich ist es nicht ausgeschlossen, daß der Magistrat als Besitzer des städtischen Krankenhauses wegen der ohne Einweisung durch den Kassenvorstand, lediglich auf Veranlassung des (nicht ermächtigten) Kassenarztes erfolgten Aufnahme und Pflege eines Versicherten Ansprüche gegen die Krankenkasse auf Ersatz aus dem Rechtsgrunde der Geschäftsführung ohne Auftrag herleiten und im ordentlichen Rechtswege verfolgen kann. Wir verweisen darüber auf die Entscheidung des Oberlandesgerichts Kiel, ArbVers. 1918 Heft 8 S. 148. Wenn aber nach dem dieser Entscheidung zugrunde liegenden Tatbestande der Anspruch auf Ersatz der vollen Krankenhauspflegekosten darauf gegründet worden ist, daß die Aufnahme der Versicherten in das Krankenhaus wegen Gefahr im Verzuge im öffentlichen Interesse gelegen habe, so ist das keine genügende Begründung im Sinne des § 679 BGB. Denn diese Vorschrift würde nur zutreffen, wenn ohne die Geschäftsführung, d. h. ohne die Aufnahme in das Krankenhaus eine „Pflicht“ des Geschäftsherrn (das ist: der Krankenkasse), deren Erfüllung im öffentlichen Interesse lag, nicht rechtzeitig erfüllt worden wäre. Die Kasse hatte aber in keinem Falle, auch nicht in einem dringenden Falle eine „Pflicht“, d. h. eine rechtlich erzwingbare Verbindlichkeit zur Gewährung von Krankenhauspflege. Hierüber beruft sie sich mit Recht auf die Entscheidung des Reichsgerichts in ArbVers. 1918 Heft 12 S. 227 (Gründe S. 228, 229) und auf die dort erwähnte ständige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts. Eine rechtliche Verpflichtung der Kasse bestand nur zur Gewährung von Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Heilmittel) und von Krankengeld (§ 182 RVO.). Von diesen Verpflichtungen hat die Krankenhausverwaltung nur die erstere, die Krankenpflege, an Stelle der Kasse erfüllt, und nur hierfür, also für ärztliche Behandlung und Heilmittel, kann sie daher auf Grund der §§ 677, 679, 683 BGB. Ersatz ihrer nachzuweisenden Aufwendungen von der Kasse verlangen. Die Vorschriften der §§ 1531 ff. RVO. sind nicht anwendbar, weil die Krankenhausverwaltung (der Magistrat) ihren Anspruch eben nicht auf Erfüllung einer armenrechtlichen Pflicht gegenüber dem Versicherten, sondern auf Geschäftsführung ohne Auftrag für die Kasse gründet. Sie könnte zur Deckung der Kosten der Verpflegung im Krankenhause sich den Anspruch des Versicherten gegen die Kasse auf Krankengeld nur nach Maßgabe des § 119 Abs. 2 RVO. übertragen lassen.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1215 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. | 21. Juli 1918. | Heft 21

Haben die Berufsgenossenschaften bereits ein Recht auf „Arbeitstherapie" gegenüber den Unfallverletzten?

Von Walter Fleischauer, Senatspräsident im Reichsversicherungsamte zu Berlin.

Die Frage des Umfanges der Schadenersatzpflicht der Berufsgenossenschaften gewinnt neues Interesse durch das auf dem Gebiete der Kriegsbeschädigtenfürsorge auftretende Bedürfnis zur Umgrenzung der Entschädigungspflicht. Denn die Sachlage zeigt Ähnlichkeiten namentlich nach der Richtung, daß das öffentliche Interesse mehr und mehr dahin neigt, von den Verletzten eine Mitwirkung zur Verminderung der Schadenersatzlast zu fordern. Es gilt das auch für die Stellung der Privatversicherungsgesellschaften zu ihren verletzten Versicherten, und schon zeigt die Rechtsprechung des Reichsgerichts Einflüsse der auf dem Gebiete der Kriegsbeschädigtenfürsorge gemachten Erfahrungen auf die an die Privatversicherten zu stellenden Anforderungen, die das Reichsgericht betreffs der Verpflichtung zur Duldung von Operationen strenger zu gestalten beginnt. Deshalb ist es zeitgemäß, die Rechtslage auf dem Gebiet der Unfallversicherung nachzuprüfen, die noch nicht geklärt ist, obwohl es sich um grundlegende Fragen handelt.

Das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 bestimmte im § 1, daß die Berufsgenossenschaften nur für Unfälle bei dem Betriebe einzutreten hätten, und erklärte im § 5 als Gegenstand der Versicherung den nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu bemessenden Ersatz des Schadens, welcher durch Körperverletzung oder Tötung entstehe. Im einzelnen wurde zu dieser Bemessung gesagt, daß die Kosten des Heilverfahrens nach Beginn der 14. Woche zu ersetzen seien und daß für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit eine Rente nach einem bestimmten Jahresarbeitsverdienste gewährt werden solle. Im § 7 wurde den Berufsgenossenschaften das Recht gegeben, wahlweise an die Stelle dieser Leistungen bis zum beendigten Heilverfahren freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause treten zu lassen.

Hier war also an die Spitze der Grundsatz gestellt, daß die Berufsgenossenschaften nur für den Schaden Ersatz zu leisten hätten, der den Verletzten durch einen Betriebsunfall betroffen hatte. In der Tat handelte es sich ja bei der Einführung der staatlichen Unfallversicherung nur um eine besondere Art der Gestaltung des Schadenersatzes in Abweichung vom Haftpflichtgesetze. Dieser Grundsatz der Schadenersatzpflicht war ohne Einschränkung ausgesprochen. Er beherrschte deshalb auch den § 7, so daß den Berufsgenossenschaften das Recht zustand, nicht nur kraft ihres Wahlrechts innerhalb des Heilverfahrens für die Zeit der Bereitstellung der Kranken-

hausbehandlung die Rente zu sperren, sondern auch darüber hinaus die Rente um das Maß der Erwerbsfähigkeit zu kürzen, das nicht dem Unfall, sondern der schuldhaften Weigerung des Verletzten, die Krankenhausbehandlung anzunehmen, entsprang.

Die Praxis des Reichsversicherungsamts gab diesen Rechtsumrissen bedeutungsvollen Inhalt. Folgen des Unfalls erkannte sie nicht an, soweit die nach dem Unfall eintretenden, auf der Körperverletzung beruhenden Nachteile bei pflichttreuem Verhalten des Verletzten erweislich vermieden worden wären. Denn diese durch unverständiges und offenbar schuldhaftes Verhalten des Verletzten verursachten Schäden stehen nicht mehr in ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfall, sondern haben ihren Grund in seiner freien Handlungsweise. Innerhalb gewisser Grenzen verlangte das RVA. von dem Verletzten, daß er an seinem Teile mitwirkte zur möglichst erfolgreichen Durchführung des Heilverfahrens und daß er sich namentlich nicht offenbar ungefährlichen, wenn auch schmerzhaften Maßnahmen widersetzte, z. B. dem Anlegen der Verbände, Wundbehandlungen, kleinen operativen Eingriffen, Massage usw. (Handb. der UnfVers. 1897 S. 149 Anm. 3 zu § 5 UVG.).

Weit über die Grenzen des Heilverfahrens hinaus forderte das RVA. von dem Versicherten ein Verhalten, das *in angemessener Weise* den Berufsgenossenschaften die dauernde Beobachtung und Prüfung seiner Erwerbsfähigkeit zum Zwecke etwaiger Änderung der Rente ermöglichte, namentlich die Unterwerfung unter eine bestimmt vorgeschriebene ärztliche Untersuchung, Anzeige des Wohnungswechsels usw. Entsprach das Verhalten des Verletzten solchen angemessenen Anforderungen nicht, so konnte die Berufsgenossenschaft für ihn ungünstige Schlüsse daraus ziehen und die Rente entsprechend herabsetzen.

Aber auch darüber weit hinaus *hielt das RVA. den Verletzten für verpflichtet zur Ausführung angemessener Arbeiten, deren Verrichtung auf seinen Zustand, soweit er Unfallfolge war, einen günstigen Einfluß ausüben konnte.* Auch hier war die BG. berechtigt, ungünstige Schlüsse aus seiner Weigerung zu ziehen, sofern sie nur vorher in angemessener Frist den Verletzten belehrt und auf die Folgen seines ablehnenden Verhaltens hingewiesen hatte, so daß sich eine genügende Pflichtwidrigkeit des Verletzten feststellen ließ (Handb. der UnfVers. 1897 S. 336 Anm. 4 zu § 65 S. 359 Anm. 8 e zu § 65 und S. 360 Anm. 8 e zu § 65 UVG.).

Das *Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz* vom 30. Juni 1900 ließ die Beschränkung der Schadenersatzpflicht der Berufsgenossenschaften auf die Folgen von Betriebsunfällen in den §§ 1 und 8 im allgemeinen fortbestehen, brachte aber betreffs des Heilverfahrens eine Einschränkung dieses Grundsatzes, indem es im § 23 Abs. 2 den Berufsgenossenschaften gegenüber dem Verletzten, der sich ihren Maßnahmen oder Anordnungen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzog, nur das Recht gab, den Schadenersatz *auf Zeit* ganz oder teilweise zu versagen, sofern der Hinweis auf diese Folgen geschehen war und durch sein Verhalten die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt wurde.

Hier also wurde dem Verletzten das Recht gegeben, sich durch ein gewisses Verhalten während des Heilverfahrens und durch Ertragen einer vorübergehenden Strafe dauernd eine Rente zu sichern, die keine Unfallrente mehr war, sondern lediglich in seinem strafwürdigen Verhalten den Grund ihres Fortbestehens hatte! Für das Heilverfahren war damit das „Kausalitätsprinzip“ beseitigt. Die Frage, ob der allgemeine Grundsatz des § 8 UVG. daneben fortbestehe, wurde in der RekEntsch. 2348, Amtl. Nachr. 1910 S. 416, dahingestellt gelassen. Ob die Entsch. 2000 Amtl. Nachr. 1903 S. 468, diese Frage verneinen wollte, wie es nach der mehrfach ganz allgemeinen Wortfassung scheint, ist nicht mit Klarheit aus ihr zu entnehmen, da ihre wiederholte

Behauptung, daß „die ganze Materie“ gegenüber dem UVG. von 1884 durch den § 23 Abs. 2 neu geregelt sei, nicht mit Sicherheit erkennen läßt, ob damit die gesamte Materie der Schadenersatzpflicht gemeint sei oder nur die Materie des Heilverfahrens, also nur eines kleinen, wenn auch wesentlichen und im Vordergrund stehenden Teiles der ganzen Materie der Schadenersatzpflicht. Wegen ihrer Undurchsichtigkeit ist diese Entscheidung nicht beachtlich. Hätte sie den weitergehenden Standpunkt vertreten, so wäre sie nicht haltbar. Denn der § 23 Abs. 2 ist dem § 47 Abs. 2 JVG. und dem § 76 c KVG. nachgebildet, und beide behandeln nur das Heilverfahren, ebenso wie die §§ 22 und 23 GUVG. ausdrücklich nur vom Heilverfahren sprechen und es besonders regeln. Auch standen die §§ 1 u. 8 neben diesen Sonderbestimmungen.

Diese Rechtslage ist von der Reichsversicherungsordnung übernommen. Die allgemeinen Grundsätze sind in den §§ 544 und 555 gewahrt. Auch danach wird nur für Unfälle bei dem Betriebe, also nur für Unfallfolgen, Schadenersatz geleistet. Die Einschränkung betreffs des Heilverfahrens gibt der § 606 wieder, und der § 581 enthält anderseits eine Ausdehnung der Macht der Berufsgenossenschaften und eine Verschärfung der Pflicht des Verletzten durch die Vorschrift, daß die ärztliche Untersuchung auch ohne Heilverfahren innerhalb der 13 Wochen verlangt werden kann. Hier erkennt die Begr. zu § 581 (601 des Entwurfs) ausdrücklich die Berechtigung der Praxis des RVA. an, eventuell ungünstige Schlüsse aus dem Verhalten des Verletzten zu ziehen, also das allgemeine Kausalitätsprinzip anzuwenden.

Das Ergebnis dieser Untersuchung ist für das geltende Recht:

daß die Berufsgenossenschaften, abgesehen vom Heilverfahren, nur verpflichtet sind, für Unfallfolgen Schadenersatz zu leisten, und daß die Verletzten verpflichtet sind, in angemessener Weise zur Beseitigung der Unfallfolgen mitzuwirken, widrigenfalls aus ihrem Verhalten für sie ungünstige Schlüsse gezogen werden dürfen.

Diese Rechtslage ist grundsätzlich der vom Reichsgericht auf dem Gebiete der Privatversicherung geschaffenen und der bei der Kriegsbeschädigtenfürsorge im Interesse der Verringerung der ungeheuren öffentlichen Lasten allgemein geforderten Rechtsgestaltung gleich. Aber die augenblicklich praktische große Frage ist, wie weit die Grenzen der Anwendung jener Grundsätze auf das Verhältnis zwischen Berufsgenossenschaften und Verletzten gesteckt werden können.

Der Begriff des Heilverfahrens ist kein scharf faßbarer. Das Handb. d. UnfVers. von 1897 hatte auf S. 181 Anm. 3 zu § 7 UVG. gesagt, das Heilverfahren im Sinne des § 7 sei solange nicht abgeschlossen, als noch eine Wahrscheinlichkeit für Besserung der Folgen eines Unfalls, insbesondere für die Zurückführung eines durch den Unfall verletzten Gliedes in einen dem gesunden möglichst nahen Zustand bestehe, ohne daß es dazu eines schweren Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit bedürfe. Danach kann z. B. das Heilverfahren gegenüber einem längst aus der ärztlichen Behandlung entlassenen, in Arbeit stehenden Verletzten wieder aufgenommen werden, um etwa durch Sehneneinschnitt oder Massage die gekrümmten Finger zu strecken und so die Erwerbsfähigkeit zu heben. Und das ist fraglos zuläßig. Aber jene Begriffsbestimmung scheint sogar den heute im Vordergrunde des allgemeinen Interesses stehenden Fall der sogenannten Arbeitstherapie zu decken, d. h. es scheint danach den Berufsgenossenschaften das Recht zuzustehen, von dem Verletzten eine Arbeitsleistung in seinem bisherigen Beruf oder an einer sonst seinen Kräften angemessenen Stelle in einem anderen Beruf oder in einer eigens für diese Zwecke errichteten Werkstätte, sei es auch zum Einarbeiten mit einer neuerfundenen Prothese, zu verlangen, um seine Arbeitsfähigkeit zu heben.

Nun kann darüber kein Zweifel sein,

daß die Arbeit ganz besonders geeignet ist, z. B. verletzte Glieder brauchbar und bei gewissen nervösen Leiden den ganzen Menschen körperlich und seelisch gesunder zu machen, und daß sie insofern ein Heilmittel ersten Ranges ist. Stellt man sich aber auf diesen Rechtsboden, so hat das seine zwei Seiten. Einmal haben dann die Berufsgenossenschaften zwar das gesetzliche Zwangsrecht des § 606 RVO., anderseits aber verlieren sie den Boden des Grundprinzips der §§ 544 und 555, und der Verletzte sieht sich dem durch ausdrückliche gesetzliche Sondervorschrift geschützten Zwange gegenüber, gewinnt aber unter Umständen die vom Standpunkt des Rentenbeziehers aus für ihn günstige Möglichkeit des Dauerzustandes.

Nun sollte man sich aber doch vor Augen halten, daß diese für das Heilverfahren gegebenen Sondervorschriften juristisch wie moralisch betrachtet Mißgeburten sind. Der Einbruch in den Jahrtausende alten, alle Rechte beherrschenden Grundsatz, daß der zum Ersatz eines Schadens aus einer bestimmten Ursache Verpflichtete logischer Weise eben nur den Schaden zu ersetzen hat, der aus dieser Ursache entstanden ist, nicht aber denjenigen weiteren Schaden, der auf dem unrechtmäßigen und selbst strafwürdigen Verhalten des Schadenersatzberechtigten beruht, ist in sich unglücklich und nur aus der Schwäche des Rechtsbewußtseins gegenüber unberechtigten Anforderungen gewisser Kreise zu erklären, die wir heute auf so vielen Gebieten zu beklagen haben. Diese Vorschriften bewirken eine Verwirrung des Begriffsvermögens und des Rechtsgefühls, und man sollte nach Möglichkeit davon abrücken, ihre Isolierung anstreben.

Deshalb wird man den Begriff des Heilverfahrens mehr dem allgemeinen Sprachgebrauch entsprechend zu fassen haben und als seinen Gegenstand die Beseitigung eines gewissen Krankheitszustandes betrachten müssen, also sein Ende da sehen, wo im Sprachgebrauche die Fälle als ärztlich „abgeschlossen" bezeichnet werden. Krankheit ist natürlich nicht nur innere Krankheit, sondern krank ist auch ein verletztes Glied, bis die Wunde geschlossen und gesund überhäutet ist. Dann ist der Fall ärztlich abgeschlossen, und nunmehr beginnt die Arbeitsleistung als Mittel zur Förderung der Leistungsfähigkeit und „Heilung" in einem weiteren Sinne einzutreten, den das moderne Wort „Arbeitstherapie" ausdrücken soll. Im allgemeinen wird der Zustand des Heilverfahrens im Gegensatze zum Zustand der Arbeitsleistung gedacht. Auch der Gesetzgeber ist im RVG. dieser Anschauung gefolgt, indem er denjenigen als krank ansieht, der aus irgendwelchem körperlichen Grunde seine Berufsarbeit nicht ausführen kann, also z. B. wegen einer Fingerverletzung bei bestem Allgemeinbefinden. Wer nicht arbeiten kann, ist „krank". Wer aber seine Arbeit verrichten und gerade dadurch körperlich gefördert werden kann, der ist nicht krank, und die Anwendung der Arbeit stellt kein Heilverfahren im Sinne des § 606 RVO. dar.

Zutreffend hatte daher das RVA. in der oben angeführten Weise (Handb. der Unf.-Vers. von 1897 S. 360 Anm. 8e zu § 65 UVG.) die Leistung angemessener Arbeit nicht unter dem Gesichtspunkte des Heilverfahrens behandelt, sondern sie nur als ein Mittel zur Hebung der Erwerbsfähigkeit bezeichnet, zu dessen Anwendung der Verletzte verpflichtet sei. Ist dieser Grundsatz aus dem alten Handbuch nicht in das neue Handbuch (zu §§ 8 u. 88 zu GUVG. S. 252 u. 524) übernommen, so liegt dem keine abweichende Stellungnahme des Amtes zugrunde, sondern es handelt sich lediglich um eine Maßnahme der Redaktoren. Der Grundsatz ist durch diese Maßnahme nicht beseitigt und konnte nicht beseitigt werden, denn er ist juristisch zutreffend im Einklang mit der allgemein geltenden Lehre vom Schadenersatz gefunden und moralisch gesund. Er gilt also fort. Er genügt auch, um den Berufsgenossenschaften ein Vorgehen zu ermöglichen, das der heutigen, unter der Ein-

wirkung des Krieges in weiten Kreisen zutage getretenen Rechtsüberzeugung entspricht. Es muß und darf von den Verletzten dringender als bisher verlangt werden, daß sie durch Leistung angemessener Arbeit ihre Erwerbsfähigkeit heben. Das allgemeine öffentliche Interesse erfordert das ebenso wie das wohlbegründete Recht der Berufsgenossenschaften und vor allem das wohlverstandene Interesse der Verletzten selbst. Hat man bisher dieser Seite der Rechtsstellung der Berufsgenossenschaften und der Unfallverletzten nur sehr wenig Beachtung geschenkt, so liegt das zum Teil daran, daß die Weglassung jenes alten Grundsatzes im neuen Handbuch die allgemeine Aufmerksamkeit davon abgelenkt hat. Denn die zur Handhabung der Unfallversicherungsgesetze berufenen Stellen pflegen mit Recht im engen Anschluß an das vom RVA. als Spiegel der Praxis, der geltenden Rechtsgrundsätze, herausgegebene Handbuch zu arbeiten. Auf der anderen Seite hat die beklagenswerte Schwäche unseres öffentlichen Rechtsbewußtseins ein kraftvolles Festhalten an den ewigen Rechtswahrheiten auch hier nicht fertig gebracht, und in letzter Linie sind die Schwierigkeiten der Ausführung im einzelnen Falle ganz gewiß nicht gering zu bewerten. Denn es handelt sich darum, auf dem Boden hoher Wahrscheinlichkeit wirklich angemessene Anforderungen zu stellen und Härten zu vermeiden. Doch darf in diesem Zusammenhang ein Seitenblick auf das von den Arbeiterorganisationen selbst auf dem Gebiete des Arbeitsnachweises durchgeführte Verfahren getan werden. Die Arbeitslosenunterstützung wird von den Freien Gewerkschaften nur bei schuldloser Arbeitslosigkeit gewährt, und ein Verschulden wird angenommen, wenn der Arbeitslose sich weigert, eine ihm von der Gewerkschaft nachgewiesene angemessene Arbeit zu übernehmen. Von Unverheirateten wird dabei sogar Arbeit an einem anderen Orte und ohne Rücksicht auf gewisse damit verbundene Opfer (Weiterzahlung der Miete usw.) verlangt. Auch hier wird also das Prinzip der Schadenersatzpflicht in der oben vertretenen, juristisch zutreffenden und moralisch gesunden Weise angewendet. Auf diesem Wege gewährt § 843 RVO. den Berufsgenossenschaften eine Möglichkeit der Stärkung ihrer Stellung gegenüber den Verletzten, die sie mit Leichtigkeit erreichen können, wenn sie sich an Arbeitsnachweiseinrichtungen beteiligen.

Soll auf dem hier bezeichneten Wege kraftvoll vorgeschritten werden, so bedarf es beständiger Belehrung und Schulung der öffentlichen Meinung neben einem weisen Maßhalten. Denn der Fortschritt kann nur ein allmählicher sein, und er muß von der allgemeinen Rechtsüberzeugung getragen werden, wenn nicht aus Wohltat Plage werden soll. Die Berufsgenossenschaften wie die Arbeiter müssen ihr wahres Interesse erst einmal erkennen, sie müssen einsehen, wie ihre beiderseitigen Interessen miteinander übereinstimmen. Dafür, daß in ersprießlicher Weise gearbeitet werden wird, bietet die machtvolle, völlig selbständige Aufsicht des RVA. bewährte Bürgschaft.

Aber grundsätzlich muß das freie Selbstbestimmungsrecht des Versicherten über seine Arbeitskraft zurückweichen vor der höheren sittlichen und juristischen Wahrheit, daß niemand aus seinem eigenen pflichtwidrigen schuldhaften Verhalten Rechtsansprüche gegen einen anderen herleiten darf.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Feststellung, ob eine Militärperson beurlaubt oder kommandiert ist.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 10. März 1918 (2449 Amtl. Nachr. 1918 S. 317).

Durch Erlaß des Königlich Preußischen Kriegsministeriums (Kriegsamt) vom 28. Februar 1918 (Armee-Verordnungsblatt Nr. 12) ist angeordnet worden, daß künftig für alle zur Arbeit außerhalb des Dienstes beurlaubten oder kommandierten Militärpersonen ein Ausweis auszustellen ist, aus dem hervorgeht, ob es sich um Urlaub oder Kommando handelt. Da die von den Truppenteilen in den Ausweisen gemachten Angaben nach einer dem Reichsversicherungsamte gegenüber abgegebenen Erklärung des Kriegsministeriums (Kriegsamts) vom 28. Februar 1918 für die Militärverwaltung verbindlich sind, erübrigt sich nach Auffassung des Reichsversicherungsamts eine Prüfung der Frage durch die Versicherungsträger und Versicherungsbehörden, vorausgesetzt, daß sich im Einzelfalle der Ausweis klar darüber ausspricht, ob Kommandierung oder Beurlaubung vorliegt.

Zu vgl. auch ArbVers. 1918 Heft 5 S. 92.

Einhaltung der Rechtsmittelfrist ist von Amts wegen zu prüfen.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 28. Februar 1918 (I a 2741).

Die sachliche Erörterung eines Rechtsstreits im Berufungsverfahren hat zur unerläßlichen Voraussetzung, daß das Rechtsmittel fristgemäß eingelegt worden ist. Eine hierauf gerichtete Feststellung ist jedenfalls dann geboten, wenn, wie im vorliegenden Falle, der Berufungsgegner die Rechtzeitigkeit der Berufung bemängelt.

Das angefochtene Urteil läßt eine solche Feststellung vermissen. Es bezeichnet zwar formularmäßig die vom Kläger eingelegte Berufung als eine „form- und fristgemäße“, besagt aber nicht, wie es über die Bedenken hinwegkommt, die gegenüber der Annahme der Rechtzeitigkeit der Berufung daraus herzuleiten sind, daß der Endbescheid dem Kläger am 8. April 1916 zugestellt worden ist, während die Berufungsschrift erst am 25. Mai 1916 bei der Beklagten eingegangen ist.

Es gewinnt den Anschein, daß der Vorderrichter sich des weiteren Eingehens auf die Frage, ob die Rechtsmittelfrist gewahrt ist, um deswillen für überhoben erachtet hat, weil die Beklagte in der mündlichen Verhandlung die Rüge der Verspätung nicht wiederholt, sondern selbst eine Nachuntersuchung des Klägers beantragt hat. Dieser Standpunkt wäre unhaltbar: denn die Frage der Innehaltung der vom Gesetze gegebenen Rechtsmittelfristen ist ohne Rücksicht auf etwaige Verzichte der Parteien von Amts wegen zu entscheiden.

In der Unterlassung dieser Entscheidung muß ein wesentlicher Mangel des Verfahrens erblickt werden, der es rechtfertigt, die Sache in die Vorinstanz zurückzuverweisen. Bei der erneuten Verhandlung wird festzustellen sein, ob die vom Kläger in der mündlichen Verhandlung aufgestellte Behauptung, daß er nach Eingang des Endbescheids bei der Berufsgenossenschaft durch Einschreibebrief Berufung eingelegt habe, auf Wahrheit beruht, und inwieweit sie geeignet ist, die Rechtzeitigkeit der Berufung zu begründen.

Sollte das Oberversicherungsamt zu der Feststellung gelangen, daß die Berufungsfrist gewahrt ist, so wird es zur Herbeiführung einer sachgemäßen Entscheidung nicht umhin können, das von der Beklagten Versäumte nachholen und eine amtliche Untersuchung des Unfalls vom 22. Dezember 1914 herbeiführen zu lassen. („Kompaß“.)

Wiedereinsetzung auch im Falle des § 131 Abs. 2 RVO. zu versagen bei schuldhafter Fristversäumung.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 1. Februar 1918 (2428 Amtl. Nachr. 1918 S. 290).

... Nach § 131 Abs. 2 RVO. wird die Wiedereinsetzung auf Antrag auch dann erteilt, wenn das verspätet eingelaufene Schriftstück der Post mindestens drei Tage vor Ablauf der Frist zur Bestellung übergeben worden ist. Dieser Fall liegt hier vor, da der Kläger die Revisionsschrift am 4. Oktober 1917 zur Post gegeben hat, die Revisionsfrist aber erst am 7. desselben Monats ablief. Die Bedeutung der Vorschrift ist nun aber nicht die, daß die Wiedereinsetzung bei rechtzeitiger Absendung des Schriftstücks in jedem Falle und ohne Prüfung der näheren Umstände erteilt werden muß, vielmehr ist auch in diesem Falle die Wiedereinsetzung zu versagen, wenn die Versäumung der Frist trotz rechtzeitiger Absendung des Schriftstücks von der Partei selbst verschuldet ist. Jede Wiedereinsetzung setzt ihrem Wesen und ihrem Zwecke nach voraus, daß die Versäumung der Frist von der säumigen Partei nicht selbst verschuldet ist, d. h. daß die Partei alles ihr obliegende getan hat, um den rechtzeitigen Eingang des Schriftstücks zu sichern.

Die Wiedereinsetzung soll die Partei immer nur gegen einen Mangel an eigener Sorgfalt schützen. In diesem Zusammenhange besteht die Bedeutung des Abs. 2 des § 131 darin, daß es im Falle rechtzeitiger Aufgabe des Schriftstücks zur Post des nach Abs. 1 daselbst erforderlichen Nachweises nicht bedarf, daß die Partei durch Naturereignisse oder andere unabwendbare Zufälle an der Einhaltung der Frist verhindert worden ist. Bei rechtzeitiger Aufgabe zur Post soll also der Mangel eines Parteiverschuldens, der im Falle des Abs. 1 dargetan werden muß, als nachgewiesen gelten. Nicht aber soll damit vorgeschrieben sein, daß diese Vermutung nicht widerlegt werden könnte. Sie greift nicht Platz, wenn die Umstände ergeben, daß der verspätete Einlauf des Schriftstücks nicht mit dem Postbetriebe zusammenhängt, sondern auf einem Mangel der von der Partei billigerweise zu erfordernden Sorgfalt zurückzuführen ist. In diesem Falle muß die Wiedereinsetzung trotz rechtzeitiger Absendung der Rechtsmittelschrift versagt werden, weil es an dem negativen Erfordernis jeder Wiedereinsetzung, dem Mangel eines Parteiverschuldens, fehlt (Hahn, Handb. der Krankenvers. unverschuldete Versäumung der Frist, nicht gegen 8./9. Aufl. Anm. 3 zu § 131, Hanow, Reichsversicherungsordnung Anm. 3 zu § 131).

Die Vorschrift des Abs. 2 des § 131 a. a. O. ist dem § 235 der Zivilprozeßordnung nachgebildet, nach der die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Versäumung einer Notfrist der Partei auf Antrag auch dann zu erteilen ist, wenn spätestens am dritten Tage vor Ablauf der Notfrist das zur Wahrung derselben zuzustellende Schriftstück dem Gerichtsvollzieher oder dem Gerichtsschreiber zum Zwecke der Zustellung übergeben worden ist. Auch diese Vorschrift ist in ständiger Rechtsprechung des Reichsgerichts dahin ausgelegt worden, daß sie zwar den Nachweis des Mangels eines Parteiverschuldens erübrigt, anderseits aber den Nachweis eines Parteiverschuldens zuläßt, so daß beim Vorliegen eines solchen die Wiedereinsetzung nicht stattfindet, sofern das Verschulden Anlaß dazu gegeben hat, daß die Zustellung nicht rechtzeitig erfolgt ist (Entsch. des Reichsger. in Zivils. 16 S. 364, Jur. Wochenschr. 1899 S. 176₇, 1904 S. 412₂₅). Diese aus dem Wesen der Wiedereinsetzung sich ergebende Auslegung muß auch für die Vorschrift des Abs. 2 des § 131 RVO. gelten. . .

B. Zur Krankenversicherung.

Geltung der Bek. v. 14. 6. 16 (ArbVers. 1916 S. 446) für knappschaftliche Krankenkassen.

Rev. Entsch. des **preuß. Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten** vom 19. März 1918.

Der Kläger, der vom 7. Januar 1911 bis zum Ausbruche des Krieges Mitglied der beklagten Knappschaft gewesen war, erlitt am 6. August 1914 eine schwere Verwundung, an deren Folgen er bis zum 28. Juli 1916 in Lazaretten behandelt wurde. Am 31. Oktober 1916 wurde er als dauernd kriegsunbrauchbar entlassen. Sein am 4. März 1917 bei der Beklagten gestellter Antrag auf Zahlung von Krankengeld wurde von der Beklagten u. a. mit der Begründung abgewiesen, daß der Anspruch nach dem maßgebenden § 35 Abs. 1 des Knappschaftsgesetzes verjährt sei. Auf die hiergegen vom Kläger eingelegte Berufung hat das Knappschafts-Oberversicherungsamt die Beklagte zur Zahlung des Krankengeldes verurteilt. Die Revision der Beklagten ist erfolglos geblieben. — Aus den Gründen:

Die Beklagte greift das Urteil vom 24. August 1917 nur insoweit an, als es den Verjährungseinwand nicht durchgreifen läßt. Der Einwand, daß der Kläger überhaupt keinen Anspruch auf Krankenkassenleistungen gehabt habe, ist in der Revisionsinstanz nicht wiederholt worden. Er wäre auch als begründet nicht anzuerkennen gewesen. Aber auch der Einwand der Verjährung greift nicht durch, wie das angefochtene Urteil ohne Rechtsirrtum ausführt. Die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 516) gilt für Ersatzkrankenkassen, wie der § 1 der Bekanntmachung ausdrücklich bestimmt. Er gilt aber auch für die knappschaftlichen Krankenkassen, wie sich insbesondere aus der Begründung und dem Verhältnis der Verordnung zu §§ 214 (500) der RVO. ganz unzweifelhaft ergibt. Die Beklagte selbst verschließt sich auch der Annahme nicht, daß der § 1 der Verordnung für die Knappschaftsvereine Geltung hat, und will nur die Geltung des § 2 Abs. 1 für diese nicht anerkennen. Aber die Vorschriften des § 2 stehen mit denjenigen des § 1 in untrennbarem Zusammenhange. Nach der Begründung und der in ihr geschilderten, auch bei den Knappschaftsvereinen in gleicher Weise vorliegenden Sachlage war es zunächst notwendig, die Vorschrift des § 1 auf den Kriegsbeginn zurückzubeziehen. Infolge der diese Rückwirkung vorsehenden Vorschrift mußte aber auch dahin Fürsorge getroffen werden, daß die Berechtigten ihres Anspruchs nicht durch Verjährung verlustig gehen. Ohne § 2 würde § 1 nur eine für zahlreiche Versicherte ziemlich wertlose Vorschrift sein; ihren Wert erhält sie wesentlich durch § 2. Dies alles gilt bei dem inneren Zusammenhange der Vorschriften unbedenklich auch für die Knappschaftsvereine. Die Mitglieder dieser Vereine würden auch bei Verneinung der Geltung für sie erheblich schlechter gestellt sein als die Mitglieder aller übrigen Krankenkassen. Wenn die Beklagte die Nichtgeltung des § 2 der Verordnung daraus herleiten will, daß

in dieser Vorschrift nicht von § 223 der RVO. schlechthin die Rede ist, sondern nur von § 223 Abs. 1, daß dieser Abs. 1 aber nach § 499 a. a. O. auf die Knappschaftsvereine keine Anwendung finde, so berücksichtigt sie nicht den vorstehend hervorgehobenen, aus der Begründung besonders ersichtlichen Zusammenhang des § 2 mit dem § 1, der es unbedingt notwendig macht, dem § 2 das gleiche Geltungsgebiet zuzuweisen wie dem § 1. Hätte das nicht der Fall sein sollen, so wäre es in der Bundesratsverordnung vom 14. Juni 1916 oder in ihrer Begründung sicherlich ausgesprochen worden. („Kompaß".)

Krankengeld für dauernd arbeitsunfähige Weiterversicherte.

Entscheidung des städtischen **Versicherungsamts Iserlohn** vom 25. Februar 1918.

Der Kläger, der 81 Jahre alt und Altersrentner ist, erkrankte am 3. September 1917. Unter der Angabe, daß durch die Krankheit Arbeitsunfähigkeit hervorgerufen sei, beanspruchte er von der Beklagten neben der Krankenpflege auch Krankengeld.

Die Beklagte weigert sich, Krankengeld zu zahlen, mit der Begründung, der Kläger verrichte schon seit langer Zeit keine Lohnarbeit mehr, und sei dazu auch außerstande, da er seit Jahren arbeitsunfähig sei. Krankengeld zu zahlen sei sie aber im vorliegenden Falle nur dann verpflichtet, wenn der Kläger erst durch seine Erkrankung im September arbeitsunfähig geworden wäre. Demgegenüber führt der Kläger aus, die Einwendung der Beklagten, er sei bereits seit Jahren arbeitsunfähig, treffe nicht zu, da er sehr wohl noch in seiner Wohnung leichte Arbeiten, wie Nadelanschnüren u. dgl. verrichten könne. Er gibt aber zu, Lohnarbeiten seit einigen Jahren nicht mehr verrichtet zu haben. Des weiteren führt er aus, es sei unbillig, daß die Kasse von ihm die vollen Beiträge immer genommen habe, ihn nun aber nicht unterstützen wolle. Es ist Beweis erhoben worden über die Einwendung der Beklagten, daß der Kläger nicht mehr arbeitsfähig gewesen, durch Vernehmung des praktischen Arztes San.-Rat Dr. T. als Sachverständiger. Das von ihm erstattete Gutachten besagt, daß bei dem hohen Alter des Klägers und seiner Neigung zu Katarrhen unzweifelhaft Gefahr bestand, seine Gesundheit zu schädigen, wenn er in zugigen Fabriken im Winter oder bei schlechtem Wetter Fabrikarbeit verrichtet hätte. Er habe lediglich leichte Arbeit in geschlossenen Räumen und sitzend verrichten können.

Aus vorstehendem ergibt sich, daß der Anspruch des Klägers unbegründet ist; durch das Gutachten des Arztes und die eigene Angabe des Klägers, er habe seit Jahren keine Lohnarbeit mehr verrichtet, erscheint festgestellt, daß der Kläger bei Beginn seiner Erkrankung im September bereits arbeitsunfähig war, d. h., daß er ohne Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, nicht fähig war, in seinem Berufe weiter zu arbeiten. Einen Berufswechsel vorzunehmen, war er nicht mehr in der Lage. War der Kläger aber bereits bei seiner Erkrankung arbeitsunfähig, so entfällt damit ohne weiteres die Pflicht der Kasse auf Zahlung des Krankengeldes.

Eine Unbilligkeit kann nicht darin gefunden werden, daß die Kasse dauernd die Beiträge sich hat zahlen lassen in der Höhe, wie geschehen, denn es stand dem Kläger nach § 313 RVO. frei, in eine niedere Klasse oder Lohnstufe überzutreten. Es mußte demnach wie geschehen, erkannt werden.

Höchstgrenze für Bemessung der Leistungen an Familienhilfe.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Januar 1918 (2440 Amtl. Nachr. 1918 S. 306).

Die Satzung der Betriebskrankenkasse der Stadtgemeinde S. regelt im § 25 die Familienhilfe. In Nr. 2 a. a. O. bestimmt sie: „Versicherungsfreie Ehefrauen, die im Haushalt des Versicherten leben, erhalten als Wochenhilfe einen baren Zuschuß von 15 ℳ für jeden Geburtsfall". Die Kasse beschloß, dieser Nr. 2 folgende Fassung zu geben: „Versicherungsfreie Ehefrauen, die im Haushalt des Versicherten leben, erhalten, sofern sie keinen Anspruch auf Kriegswochenhilfe haben, a) ein Wochengeld von 1 ℳ täglich für acht Wochen gemäß § 20 der Satzung, b) ein Stillgeld von 50 ₰ täglich für zwölf Wochen gemäß § 23 der Satzung, c) Hebammendienste nach § 22 Nr. 2 der Satzung." Das Oberversicherungsamt S. genehmigte die Änderung zu c, versagte aber denen zu a und b die Genehmigung. Es nahm an, daß Wochen- und Stillgeld nicht in Höhe eines bestimmten Barbetrags festgesetzt werden könnten. Vielmehr sei nach § 195 RVO. das den Versicherten zu gewährende Wochengeld in Höhe des Krankengeldes und nach § 200 das ihnen zu gewährende Stillgeld bis zur Höhe des halben Krankengeldes zu zahlen. Diese Vorschrift müsse sinngemäß auch auf die Familienhilfe Anwendung finden. Gegen diese Entscheidung hat der Kassenvorstand rechtzeitig Beschwerde beim Reichsversicherungsamt eingelegt und ausgeführt, daß die für die Kriegswochenhilfe bestimmten Sätze gewählt worden seien, da bei den versicherungsfreien Ehefrauen Versicherter ein Krankengeld als Grundlage für die Höhe der Leistungen nicht in Frage komme.

Die Beschwerde ist zurückgewiesen worden aus folgenden G r ü n d e n:

Nach § 205 Nr. 2 RVO. kann die Satzung Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten zubilligen. Der Umfang dieser Wochenhilfe bestimmt sich nach den für die Wochenhilfe in den §§ 195 bis 200 RVO. gegebenen Vorschriften (H a h n, Handb. der Krankenvers. Anm. 3b zu § 205 RVO.; H o f f m a n n, Kommentar Anm. 5 zu § 224). Nach § 195 ist die Wochenhilfe in Höhe des Krankengeldes, nach § 200 das Stillgeld bis zur Höhe des halben Krankengeldes zuzubilligen. Das Krankengeld wird in Höhe des halben Grundlohns gewährt (§ 182 Nr. 2), kann aber durch die Satzung bis auf drei Viertel des Grundlohns erhöht werden (§ 191 Abs. 1). Die Bek., betr. Krankenvers. und Wochenhilfe während des Krieges, vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085, Amtl. Nachr. 1917 S. 627) gestattet in § 3 Nr. 3, das Wochengeld höher als das Krankengeld zu bemessen, bezeichnet aber als Höchstgrenze des Wochengeldes drei Viertel des Grundlohns. Der für die Bemessung der Famili-

hilfe maßgebliche Grundlohn ist der der Versicherten selbst. Denn für ihre versicherungsfreien Ehefrauen ist ein Grundlohn nicht festgesetzt.

Den Kassen ist eine beliebige Bemessung und Beschränkung der Familienhilfeleistungen gestattet, soweit nicht die gesetzlichen Vorschriften über die Höchstgrenze oder die Art der Kassenleistungen entgegenstehen (zu vgl. Revisionsentsch. 2370, Amtl. Nachr. 1917 S. 541, Kommissionsber. II S. 102). Da hiernach die Kassen das Wochengeld und Stillgeld für versicherungsfreie Ehefrauen von Versicherten niedriger bemessen können als die entsprechenden Leistungen an versicherte Wöchnerinnen, so stehen an sich der Festsetzung eines bestimmten Barbetrags für Wochengeld und Stillgeld grundsätzliche Bedenken nicht entgegen. Auch die Gewährung eines Einheitssatzes für Wochengeld und Stillgeld ohne Rücksicht auf die Lohnstufen des versicherten Ehemanns erscheint zulässig, wenigstens dann, wenn, wie hier, keine Zusatzbeiträge erhoben werden. Bei Gewährung eines Einheitssatzes für Wochen- und Stillgeld müssen aber für alle Lohnstufen die Grenzen innegehalten werden, innerhalb deren Wochen- und Stillgeld überhaupt zugebilligt werden dürfen. Hiergegen verstößt der von der Kasse festgesetzte Einheitssatz von 1 *M* für das Wochengeld und von 50 *Pf* für das Stillgeld, soweit die unteren Lohnstufen in Betracht kommen (§ 10 Abs. 1, § 11 Abs. 1 Nr. 2 der Satzung). Auch nach der Bekanntmachung vom 22. November 1917 würden die Einheitsbeträge von 1 *M* und 50 *Pf* für die unterste Lohnstufe zu hoch bemessen sein.

Schon aus diesem Grunde ist der Einführung der geplanten Einheitssätze die Genehmigung zu versagen. Ob sie auch deshalb erfolgen müßte, weil die Leistungen auf Ehefrauen beschränkt sind, die keinen Anspruch auf Kriegswochenhilfe haben, bedarf daher keiner Entscheidung. Die gesetzlichen Vorschriften schließen jedenfalls nach ihrem Wortlaut das Nebeneinanderbestehen des Anspruchs auf das Wochen- und Stillgeld nach § 3 Nr. 2, 4 der Bekanntmachung, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 und nach § 205 der RVO. nicht aus (zu vgl. Revisionsentsch. 2390, Amtl. Nachr. 1917 S. 605; Hoffmann, Die Kriegswochenhilfe, in „Krankenversicherung“ 1914 S. 186 Nr. 2; abweichend: Sonderhoff, Die Kriegswochenhilfe, in „ArbVers.“ 1915 S. 4; Krause, Kriegswochenhilfe I Vorbem. letzter Absatz zu § 3 und Anm. 1 c zu § 5 der Bek. vom 3. Dezember 1914).

Gefahrzuschläge zu Kassenbeiträgen (§ 384 Abs. 1 RVO.) für ein Artilleriedepot.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Frankfurt a. O.** vom 2. Oktober 1917.

Der § 384 RVO. läßt eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe zu, soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist. Die Kassensatzung hat von dieser Befugnis Gebrauch gemacht und in ihrem § 51 Abs. 2 die Voraussetzungen näher umschrieben. In ihm heißt es: „Die Anordnung ist auf die Beiträge für solche Versicherte zu beschränken, welche wegen der Beschaffenheit oder Einrichtung der Betriebsräume oder durch die beim Betriebe verwendeten Stoffe oder sonstigen Betriebsmittel einer erheblich höheren Erkrankungsgefahr oder durch die Art ihrer Beschäftigung einer besonderen Unfallgefahr ausgesetzt sind.“ Als Voraussetzung für die Anordnung gilt hiernach, daß die Erkrankungsgefahr der Betriebsart eigentümlich ist oder daß die höhere Zahl der Erkrankungen in einem Betriebe mit der Einrichtung oder Art des Betriebes in ursächlichem Zusammenhange stehen. Die Tatsache, daß ein Betrieb auffallend viele Krankheiten aufzuweisen hat, berechtigt noch nicht zur Erhebung von Gefahrzuschlägen, es muß hinzukommen, daß diese Krankheiten gerade durch den Betrieb als solchen veranlaßt sind. Ein Unternehmer, der auffallend viele an sich kränkliche und schwächliche Personen beschäftigt und dadurch der Kasse besondere Ausgaben gerade für die Arbeiter seines Betriebes verursacht, darf nicht mit Gefahrzuschlägen belegt werden. (Vgl. Hoffmann in „Ortskrankenkasse“ 1917 Sp. 410.) Ob die obigen Voraussetzungen zutreffen, hat das Versicherungsamt nicht erörtert. Die Prüfung der Frage führt zu folgendem Ergebnis: Die hohe Krankenziffer der Beschäftigten des Artilleriedepots hat im Hinblick auf die durch den Krieg aufgezwungene Notwendigkeit zu einem erheblichen Teil offenbar darin seinen Grund, daß zwecks möglichst gesteigerter Herstellung von Munition alle noch irgend brauchbaren Kräfte für diese Arbeiten von dem Artilleriedepot herangezogen werden, auch wenn die damit Beschäftigten schon alt, schwächlich und kränklich sind. Diesen Umstand hebt auch die Krankenkasse wiederholt hervor. Auch der als Gutachter gehörte Kreisarzt Dr. B. schreibt diesem Umstand großen Einfluß auf die hohe Zahl der Krankmeldungen zu. Aus der letzteren läßt sich aber allein ein sicherer Schluß auf eine Erhöhung der Erkrankungsgefahr in dem Betriebe nicht ziehen, weil die oben dargelegten Gründe, die bei den vielen Krankmeldungen wesentlich mitwirken, nicht in den Eigentümlichkeiten des Betriebes liegen. Die durch die geschilderten Besonderheiten verursachten Krankheiten müssen daher ausscheiden bei Prüfung der Berechtigung zur Anordnung des Gefahrzuschlages nach § 384 RVO. Die veranlaßten Ermittlungen geben nur zum Teil eine Grundlage für den Anspruch der Kasse. Was zunächst die Erkrankungsgefahr anlangt, so vermag der als Gutachter gehörte Gewerberat eine wesentliche Erhöhung der letzteren aus der Art des Betriebes nicht abzuleiten.

Der von ihm hervorgehobenen reichlich starken Belegung der Arbeitsräume mißt der Kreisarzt wesentliche Bedeutung nicht bei. Auch dessen Gutachten liefert keine sichere Grundlage für die Annahme, daß eine erheblich höhere Krankheitsgefahr in dem Betriebe besteht. In dieser Beziehung entbehrt der Einwand des Artilleriedepots einer gewissen Begründung nicht, daß das Gutachten in der Würdigung der Verhältnisse in den einzelnen Betriebsteilen und in dem zusammenfassenden Schlußurteil gewisse Widersprüche enthält. Denn in dem ersten Teil seines Gutachtens, in dem die einzelnen Teile des Betriebes ausführlich erörtert werden, spricht der Gutachter in der Tat nur von „etwas" oder „in mäßigem Grade" erhöhter Krankheitsgefahr. Damit steht nicht im Einklang, wenn in der Schlußzusammenfassung eine „erheblich höhere" Erkrankungsgefahr in der Munitionsanstalt und in der Waffensammelstelle festgestellt wird. Eine „mäßige" Erhöhung würde aber für die Anordnung zu Gefahrzuschlägen nicht ausreichen, sie muß vielmehr nach § 384 RVO. und § 51 der Kassensatzung „erheblich" höher sein. Daß dies zutrifft, kann das Oberversicherungsamt weder auf Grund der vorliegenden Gutachten noch des übrigen Inhalts der Akten feststellen. Für die Anordnung eines Gefahrzuschlages nach § 384 RVO. genügt nicht der Nachweis, daß die Krankheitsziffern des Betriebes diejenigen anderer Betriebe wesentlich übersteigen und daß die Kassenmittel dadurch stark in Anspruch genommen werden, so daß gegebenenfalls das Eintreten des Gemeindeverbandes gemäß Abs. 2 § 389 RVO., § 2 des Gesetzes betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 notwendig werden würde. Es bedarf vor allem, wie oben schon ausgeführt ist, der Feststellung, daß die erhöhte Erkrankungsgefahr ursächlich mit den Eigentümlichkeiten des Betriebes zusammenhängt. Diesen Nachweis vermißt das Oberversicherungsamt insbesondere bezüglich der Punkte, denen die Kasse besondere Bedeutung beimißt, nämlich der Entwicklung von Pulverstaub, durch den Magen- und Darmkrankheiten verursacht würden, ferner der Nachtschichten und endlich der schädlichen Einwirkung des beständigen Aufenthalts zwischen gefährlichen Sprengkörpern auf das Nervensystem der weiblichen Arbeiter. Was zunächst die Staubentwicklung anlangt, so ist sie nach den Gutachten nicht besonders stark. Daß durch sie Magen- und Darmkrankheiten verursacht werden sollten, ist mangels eines überzeugenden Nachweises der einzelnen Krankheitsfälle nicht anzunehmen. Zu den Nachtschichten ist zu bemerken, daß ihnen grundsätzlich und allgemein gültig eine die Krankheitsgefahr erhöhende Wirkung nicht beizumessen ist, wenn solche Folgen sich auch unter Umständen zeigen können. Daß dies bei den Arbeiterinnen des Artilleriedepots zutreffe, ist indessen nicht festgestellt. Zu beachten ist auch die Ausführung des Gutachters, daß nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Arbeiterschaft (etwa 13,4 v. H.) in Nachtschicht tätig ist. Was endlich die schädigende Wirkung der gefährlichen Umgebung auf das Nervensystem anlangt, so bezeichnet es der genannte Sachverständige nach seinen Erfahrungen auf dem Gebiete des Sprengstoffwesens für unwahrscheinlich, daß Nervenerkrankungen durch den Aufenthalt zwischen den Sprengkörpern verursacht zu werden pflegen. Der Gedanke an mögliche Explosionen verliere sich erfahrungsgemäß bei täglicher Berührung mit solchen Stoffen. Glaubte der Kassenvorstand seine Anordnung auf die vorbezeichneten, seiner Meinung nach gesundheitsschädlichen Betriebsverhältnisse gründen zu können, so hätte er vor Erlaß der Anordnung die Unterlagen dafür beschaffen müssen, daß die hohen Krankheitsziffern unter den Beschäftigten des Artilleriedepots mit den Eigentümlichkeiten des Betriebes ursächlich zusammenhängen. **Das ist indessen nicht geschehen und dieser Mangel beeinträchtigt die Rechtswirkung der Anordnung.**

Zu prüfen ist nunmehr, wieweit **Unfallgefahr** in dem Betriebe des Artilleriedepots besteht und wieweit deren Nachweis die angegriffene Anordnung tragen könnte. Es liegt nahe, bei Munitionsfabriken an eine selbstverständliche Erhöhung der Unfallgefahr zu denken. In dieser Allgemeinheit erscheint indessen eine solche Annahme nicht zutreffend. Denn wollte man von ihr ausgehen, würde es sich rechtfertigen lassen, die Munitionsanstalten ausnahmslos zu Gefahrzuschlägen zu verpflichten Das würde indessen zu weit gehen. An ausreichenden statistischen Unterlagen für solche Maßnahmen fehlt es, insbesondere würden sie sich auf die Unfallziffern der Berufsgenossenschaften nicht gründen lassen. Zu beachten ist, daß der Zufall eine bedeutende Rolle spielt, daß durch Erfahrung und sachgemäße Vorrichtungen die Gefahr herabgemindert, zum Teil auch ausgeschaltet werden kann, daß aber andererseits in Zeiten hochgesteigerter Arbeitsspannung die Unfallgefahr sich erhöhen kann. Für die Betriebe des Artilleriedepots sind nach den Feststellungen des Gutachters die Tätigkeiten in der Friedensmunitionsanstalt und die Waffensammelstelle mit keiner wesentlichen Unfallgefahr verbunden. Anders liegt es in der Munitionsanstalt X. Dort werden teils Geschosse angefertigt, teils entladen und zerlegt. Eine gewisse Gefahr bringt diese Tätigkeit mit sich. Sie ist aber auch in X.,wenigstens noch bis auf weiteres, als erheblich erhöht zu erachten. Denn es sind dort vier Explosionen vorgekommen, bei denen 23 Beschäftigte Unfälle erlitten haben, die teils ihren Tod, teils längere Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatten. Aus dieser Tatsache hat das OVA. die Überzeugung gewonnen, daß bei dem Betriebe in X. wesentlich erhöhte Unfallgefahr besteht. Für diesen Teil des Betriebes ist daher die Anordnung eines Gefahrzuschlages berechtigt. Die Höhe von 1 v. H. erscheint angemessen.

Erstattungsanspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse wegen polizeilicher Zwangsheilung Geschlechtskranker.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 8. Januar 1918 (2435 Amtl. Nachr. 1918 S. 300).

Der Revision konnte der Erfolg nicht versagt werden, da der Sachverhalt noch der weiteren Aufklärung bedarf. Die Vorschrift des § 1531 RVO. wie die ihr inhaltlich gleichstehende Vorschrift des § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes setzt als Grundlage des Ersatzanspruchs voraus, daß eine gesetzliche Verpflichtung des Armenverbandes zur Unterstützung des Hilfsbedürftigen besteht, und daß Hilfsbedürftigkeit überhaupt vorliegt. Wann eine solche Verpflichtung vorliegt, und unter welchen Voraussetzungen Hilfsbedürftigkeit gegeben ist, darüber schreibt die Reichsversicherungsordnung nichts vor. Hierfür sind vielmehr, wie insbesondere auch aus § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes hervorgeht, die Vorschriften des jeweils geltenden Armenrechts maßgebend. Auch das Unterstützungswohnsitzgesetz enthält keine allgemein gültige Bestimmung des Begriffs der Hilfsbedürftigkeit. § 28 a. a. O. schreibt lediglich vor, daß jeder hilfsbedürftige Deutsche vorläufig von demjenigen Ortsarmenverband unterstützt werden muß, in dessen Bezirk er sich beim Eintritt der Hilfsbedürftigkeit befindet. Die Unterstützungspflicht ergibt sich hierbei aus den am Aufenthaltsorte geltenden landesgesetzlichen Vorschriften über die Aufgaben der Armenpflege (zu vgl. Wohlers-Krech, Das Unterstützungswohnsitzgesetz in der Fassung der Novelle vom 30. Mai 1908, Anm. 6a zu § 28 und die daselbst angeführten Entscheidungen, ferner Entsch. des Königl. Preuß. OVG. vom 20. Juni 1915 Bd. 47 S. 6). Vorliegend ist für die Entscheidung insbesondere die Frage wesentlich, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch des Unterstützungsbedürftigen gegen einen Dritten, nämlich den reichsgesetzlichen Träger der Krankenversicherung, das Vorliegen von Hilfsbedürftigkeit ausschließt. Das Königl. Preuß. OVG. hat in Übereinstimmung mit dem Bundesamte für das Heimatwesen (Entsch. vom 17. November 1906 — Band 39 S. 50 —) in den Entsch. vom 15. Oktober 1908 (Band 53 S. 390 und ArbVers. 1909 S. 195) und vom 1. Juli 1909 (ArbVers. 1910 S. 342) das Vorliegen von Hilfsbedürftigkeit dann verneint, wenn dem Armenverbande bekannt war, daß die Kasse die Unterstützung in einer die armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit ausschließenden Art zu gewähren bereit war, und das Mitglied ohne Gefahr für Leben und Gesundheit an die Kasse verwiesen werden konnte. Dabei sei eingehend zu prüfen, ob der Armenverband, wenn die fragliche Krankheit eine besondere Art der Behandlung notwendig machte, nach Lage der Sache auch mit der Geneigtheit der Kasse zur Gewährung der gleichen Behandlung rechnen konnte. Zu dem inhaltlich gleichen Ergebnis gelangt eine Entsch. des Königl. Preuß. OVG. vom 29. November 1906 (abgedruckt in der ArbVers. 1907 S. 351), in der ausgeführt wird, daß der Armenverband dann keinen Ersatzanspruch für gewährte Krankenhauspflege gegen die Krankenkasse hat, wenn er von der Zugehörigkeit des Unterstützten zu der Kasse nach Lage der Sache Kenntnis haben mußte und ein dringender Fall nicht vorlag. Hiernach hatte nach dem bisherigen Recht der Armenverband grundsätzlich zu prüfen, ob eine Krankenkasse zur Gewährung von Leistungen an den Unterstützung Nachsuchenden verpflichtet war. An diesem Grundsatz hat nach der Hinsicht des erkennenden Senats die Reichsversicherungsordnung, insbesondere die Vorschrift des § 1531, nichts geändert. Die Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung, die Kommissionsberatungen und die Reichstagsverhandlungen ergeben nichts, was darauf hindeuten könnte, daß die Gesetzgeber, denen die Rechtsauffassung des Königl. Preuß. OVG. und des Bundesamts für das Heimatwesen bekannt war, sie nicht gebilligt hätten (zu vgl. auch Lehmann, Reichsversicherungsordnung Anm. 12 zu § 1531; Düttmann u. a., Reichsversicherungsordnung Anm. 5 und 8 f. letzter Absatz ebenda).

Anderseits war nach bisherigem Recht für das Bestehen des Ersatzanspruchs des Armenverbandes ohne Bedeutung, daß der Kassenanspruch des Hilfsbedürftigen grundsätzlich auf Gewährung ärztlicher Behandlung durch bestimmte Kassenärzte beschränkt und insbesondere Krankenhausbehandlung nur nach eingeholter Genehmigung des Kassenvorstandes zulässig ist. An dieser, durch die ständige Rechtsprechung des Königl. Preuß. OVG. zu § 57 des Krankenversicherungsgesetzes geschaffenen Rechtslage hat § 1531 RVO. ebenfalls nichts geändert (zu vgl. Revisionsentsch. 1963, Amtl. Nachr. 1915 S. 364). Daß im vorliegenden Falle der Armenverband von der Zugehörigkeit der B. zu der beklagten Krankenkasse Kenntnis hatte, unterliegt keinem Zweifel, denn die B. stand in einem Arbeitsverhältnis und ist auf der Arbeitsstelle festgenommen worden. Der weiteren Aufklärung aber bedurfte noch die Frage, ob ein dringender Fall vorlag, d. h. ob im Interesse der Kranken deren alsbaldige Unterbringung im Krankenhaus erforderlich war. Davon hängt die Frage der Hilfsbedürftigkeit ab. Dem Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung kann bei Geschlechtsleiden der vorliegenden Art in der Regel auch durch ambulatorische Behandlung genügt werden, wobei die Arbeitsfähigkeit der Erkrankten nicht aufgehoben zu sein braucht. Aus den Akten ergibt sich bei dem Mangel einer ärztlichen Äußerung über die Art und Schwere der Erkrankung nichts anderes, als daß, wie an einer

Stelle bemerkt ist, es sich um einen Fall von Urethral- und Zervikalgonorrhöe handelt (Blatt 1 Rückseite der Akten des Versicherungsamts). Sache des Oberversicherungsamts wird es aber sein, durch Einholung einer ärztlichen Auskunft aufzuklären, ob die Krankheit der V. im Interesse der Heilbehandlung ihre alsbaldige Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich machte. War dies der Fall, so ist es ohne Bedeutung, wenn daneben auch polizeiliche Interessen für die Unterbringung maßgebend waren (zu vgl. Revisionsentsch. 1963, Amtl. Nachr. 1915 S. 364). Ist diese Voraussetzung aber nicht gegeben, sondern ist die Unterbringung im Krankenhause nur aus polizeilichen Gründen, nämlich lediglich zur Vermeidung der Ansteckungsgefahr erfolgt, so lag im Hinblick auf den Kassenanspruch der V. ein Fall von Hilfsbedürftigkeit nicht vor, und es sind von der klagenden Stadtgemeinde allgemeine Interessen wahrgenommen worden, für deren Kostenerstattung die Beklagte auf Grund der Reichsversicherungsordnung nicht einzustehen hat. Ob etwa, wie der Armenverband weiter behauptet, sein Ersatzanspruch deshalb begründet ist, weil er durch die Unterbringung der V. im Krankenhaus ein Geschäft der Kasse besorgt habe, ist im Verfahren vor den Instanzen der Reichsversicherung nicht zu entscheiden.

C. Zur Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1918 S. 74 ff.)

Nr. 273. Der Liefermeister einer größeren Weberei, der die von den Webern fertig gelieferte Ware auf Beschaffenheit, Schußzahl, Einstellung, Ausfall und Webfehler nachprüft und unter Zuziehung des Betriebsleiters über die Abnahme der Ware befindet, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 274. Einrichter eines Damenkonfektionsgeschäfts, die nach den Angaben des Konfektionärs Stoffe und Zutaten aussuchen und für die Schneider zusammenstellen, sind versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 275. Die Versicherungspflicht der Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt ist lediglich nach § 1 Abs. 1 Nr. 6 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu beurteilen.

Nr. 276. Der Widerruf der Befreiung von der Versicherungspflicht im Sinne der §§ 11 und 13 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird erst mit der Rechtskraft des Beschlusses wirksam.

Nr. 277. Als Kriegsdienstzeit im Sinne der Bekanntmachung, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 531), gilt die Zeit nicht, in der ein Angestellter auf Reklamation seines früheren Arbeitgebers vom Kriegsdienst beurlaubt und im Betriebe dieses Arbeitgebers tätig ist.

Sprechsaal.

Die oberen Grundlohngrenzen (§ 180 RVO.).

In der Monatsschr. für Arb. u. Angest. Vers. 1918 Sp. 301 ff. behandelt von Geldern „Die Bedeutung der höchsten Grundlohnsätze im § 180 RVO." und nimmt — in Übereinstimmung mit meinen Ausführungen im Heft 13 S. 241 ff. der ArbVers. v. 1918 und abweichend von den dort (S. 242, 243) mitgeteilten Bescheiden des Reichswirtschaftsamts und des bayer. Staatsministeriums des Innern — an, daß die Krankenkassen bei Festsetzung der Grundlöhne jedenfalls bis an die im Abs. 1 des § 180 vorgesehene Obergrenze von 5 M — jetzt auf Grund der Verordnungen des Bundesrats für die Kriegszeit bis 8 M — gehen müssen, gleichviel ob Löhne in dieser Höhe bei den Mitgliedern der Kasse tatsächlich vorkommen oder nicht. Darüber hinaus aber nimmt von Geldern weiter an, daß die Kassen auch in den Fällen des § 180 Abs. 2 und 4, also wenn sie den Grundlohn nach Lohnstufen oder nach dem wirklichen Arbeitsverdienst bestimmen, die Obergrenze von 6 M, jetzt 10 M, erreichen müssen, nicht nur können.

Diese völlig neue Ansicht wird zunächst auf die Erwägung gegründet, daß es den Regeln der Gesetzauslegung widerspreche, anzunehmen, daß die gleiche Wortfassung innerhalb eines und desselben Paragraphen, nämlich das Wort „bis" einerseits im Abs. 1 und anderseits in Abs. 2 und 4 des § 180, einen verschiedenen Sinn haben solle. Dabei ist die Verschiedenheit der Fassung des Abs. 1 von derjenigen der Abs. 2 und 4 nicht richtig gewürdigt. Die zwingende Fassung des Abs. 1, ihr Charakter als Mußvorschrift, ist ohne weiteres klar. Ebenso klar aber erscheint es, daß die davon abweichende Fassung der Abs. 2 und 4 diese Vorschriften ihrem ganzen Inhalt nach als Kannvorschriften kennzeichnet. Die einleitenden Worte „die Satzung kann" haben ersichtlich eine den ganzen Satz beherrschende Bedeutung und räumen der Kasse eine doppelte Ermächtigung ein: sie „kann" den Grundlohn nach Lohnstufen oder nach dem wirklichen Arbeitsverdienst bestimmen und sie „kann", wenn sie dies tut, über die im Abs. 1 bestimmte Obergrenze hinausgehen bis zu 6, jetzt 10 M. Nur diese Auffassung entspricht auch dem Sinne der im § 180 vorgesehenen Möglichkeiten. Dem Wesen der Versicherung würde es an sich entsprechen, Leistungen und Beiträge nach dem wirklichen Verdienst

der Versicherten zu bemessen. Dies hat aber der Gesetzgeber nicht für allgemein ausführbar erachtet. Er hat daher grundsätzlich Durchschnittslohnbeträge, welche für die einzelne Kasse festzustellen sind, vorgesehen, und zwar in erster Linie eine Feststellung nach Mitgliederklassen und zugleich eine Begrenzung des zu berücksichtigenden Verdienstes nach oben hin. Man hat aber den Kassen wenigstens die Möglichkeit einer größeren Annäherung an den wirklichen Arbeitsverdienst einräumen wollen und hat dies zunächst in der Weise getan, daß man das recht rohe und im allgemeinen unbillige Klassensystem durch stufenweise Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten zu ersetzen und zugleich die Obergrenze des dabei zu berücksichtigenden Lohnes hinaufzurücken gestattete. Und weiter hat man gestattet, Leistungen und Beiträge sogar nach dem wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten zu bemessen, jedoch unter Beibehaltung einer Obergrenze des Verdienstes, die aber für diesen Fall in gleicher Weise wie beim Lohnstufensystem hinaufgerückt ist. Abs. 2 und 4 des § 180 eröffnen also für die Krankenkassen je zwei verschiedene Möglichkeiten der Annäherung an den wirklichen Arbeitsverdienst: einmal durch Abweichung von dem im Abs. 1 vorgesehenen System der Grundlohnfestsetzung und außerdem durch die für diesen Fall zugelassene Erhöhung der Obergrenze des zu berücksichtigenden Verdienstes. Die Kassen können von der zweiten Möglichkeit nur in Verbindung mit der ersten Gebrauch machen, aber nichts rechtfertigt die Annahme, daß, wenn sie von der ersten Möglichkeit Gebrauch machen, die schon hierin liegende Annäherung an den wirklichen Arbeitsverdienst auch bis an die äußerste im Gesetz vorgesehene Grenze durchgeführt werden müßte.

von Gelbern meint eine Stütze dieser seiner Annahme in der Entstehungsgeschichte des § 180 zu finden. Der Entwurf hatte nämlich für das Klassensystem (Abs. 1) die Fassung vorgesehen: als Grundlohn „gilt" der durchschnittliche Tagesentgelt „bis" usw. Dies hat die Kommission durch die gegenwärtige Fassung ersetzt, wonach die Satzung als Grundlohn den durchschnittlichen Tagesentgelt „bis 5 M" festsetzt. Für das Lohnstufensystem (Abs. 2) war im Entwurf Festsetzung „bis auf höchstens 6 M" und für die Bestimmung des wirklichen Arbeitsverdienstes als Grundlohn (jetzt Abs. 4) die Begrenzung „bis 6 M" vorgesehen; man hat aber in der Ausgleichslesung die Worte „auf höchstens" im Abs. 2 gestrichen, insoweit also Gleichheit zwischen Abs. 2 und Abs. 4 hergestellt. Hieraus folgert von Gelbern: Für alle drei Arten der Grundlohnfestsetzung gelte jetzt das gleiche, nämlich, daß die Satzung den Grundlohn bis zu dem bezeichneten Betrage — wie es im Abs. 1 heißt — „festsetzt", d. h. festsetzen muß. Nach dem Zusammenhange mit Abs. 1 könne das Wort „kann" in Abs. 2 und 4 den Worten „bis 6 M" keinen anderen Sinn geben, als sie in dem unmittelbar vorhergehenden Abs. 1 haben. — Dies ist unrichtig. In Verbindung mit dem einleitenden „kann" ließen die Worte „auf höchstens" im Abs. 2 des Entwurfs nicht den geringsten Zweifel darüber zu, daß die Satzung beim Lohnstufensystem über 5 M hinaus bis 6 M gehen konnte, aber nicht mußte. Daß diese Worte im Abs. 4 fehlten, entbehrte jedes inneren Grundes und war lediglich ein Mangel folgerichtiger Fassung, den man in der Ausgleichslesung dadurch beseitigte, daß man jene Worte im Abs. 2 strich (Komm. Ber. II S. 54 zu § 195 des Entw.). Irgendein Wort der Begründung hierfür findet sich in der ganzen ausführlichen Erörterung (a. a. O. S. 50—54) nicht. Es handelte sich eben offensichtlich nur um eine rein redaktionelle Änderung, bei der man davon ausging, daß schon die Fassung „bis 6 M" in den beiden Kannvorschriften deutlich genug ausdrückte, daß die Satzung „höchstens" bis auf 6 M hinaufgehen kann. Aus dem Anschluß der Kannvorschriften an die wesentlich abweichend gestaltete Mußvorschrift des Abs. 1 zu folgern, daß die Satzung auch in den Fällen der Abs. 2 und 4 bis an die Obergrenze von 6 M (jetzt 10 M) gehen müsse, ist sprach- und sachwidrig.

Geheimer Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das Reichsversicherungsamt im Jahre 1917.

Der Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts auf das Jahr 1917 bringt wieder in der seither üblichen Form eine Fülle bemerkenswerter Mitteilungen aus der Sozialversicherung. Soweit diejenigen aus der Verwaltung der Versicherung in Betracht kommen, zeigen sie, welche gesteigerten Wirkungen der Krieg auf ihre Geschäftsergebnisse ausübt, und jene über die Rechtsprechung ergeben, wie die einschlägigen neuen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung in „Beharrungszustand" wirken.

Aus den allgemeinen Darlegungen ist zu entnehmen, daß die Zahl der Beamten des Amtes die gleiche geblieben ist. Es werden beschäftigt rund 170 wissenschaftlich vorgebildete höhere Beamte und rund 300 Kanzlei- und Bureauangestellte. Etwa 130 Beamte sind zum Heeresdienst einberufen. In den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamtes wurden im Berichtsjahr 160 Entscheidungen und Beschlüsse veröffentlicht. Das Zusammenwirken der Versicherungsträger mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiete der ersten Hilfe bestand weiter, doch wurde die Ausbildung von Betriebshelfern weiter auf die Friedenszeit verschoben. Die Freien Vereinigungen berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen haben ihre Arbeiten erfolgreich fortgesetzt. Einige Mitglieder des Reichsversicherungsamts, insbesondere der Präsident, nahmen an verschiedenen Tagungen sozialpolitischer Körperschaften teil. Vertreter des Amtes beteiligten sich an den Arbeiten des Reichsausschusses der Kriegsbeschädigtenfürsorge, dem deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, demselben für Krebsforschung, der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, dem Vorstand von Vereinen vom Roten Kreuz, dem Reichsausschusse für das ärztliche Fortbildungswesen usw. Der Präsident hat zahlreiche Vorträge, auch an der Front, über Wirken und Ziele der Sozialversicherung sowie über den Einfluß auf die Gesundheit und Wehrkraft unseres Volkes gehalten.

Über die Vereinfachung der Geschäftshandhabung bei den Auszahlungen durch die Post

schweben Erörterungen, die noch nicht abgeschlossen sind. Die bei Kriegsbeginn aufgestellten Richtlinien für Kriegsmaßnahmen wurden weiter eingehalten. Das Amt gestattete, daß von der Einberufung der vorgeschriebenen Genossenschaftsversammlungen abgesehen wurde, um das Reisen einzuschränken. Es wurde weiter darauf hingewirkt, daß die Versicherungsträger ihren Papierverbrauch tunlichst einschränken. In einem Runderlaß wurde die beschränkte Lieferung orthopädischen Schuhwerks behandelt. Auf die ersten sieben Kriegsanleihen haben die Berufsgenossenschaften rund 362 Millionen Mark, die Träger der Invalidenversicherung rund 1134 Millionen Mark gezeichnet. Für Kriegswohlfahrtszwecke wendeten die Versicherungs- und Sonderanstalten bis Ende 1917 rund 58 Millionen Mark auf. Die Darlehen der Landesversicherungsanstalten an Gemeinden, Kreise usw. zur Linderung der Kriegsnot belaufen sich auf über 80 Millionen Mark. Einer Anzahl gewerblicher Berufsgenossenschaften wurde eine Ermäßigung der Umlage zugestanden, so daß bisher die Umlagen dieser Genossenschaften im ganzen um 9 807 000 *M* erleichtert wurden. Der Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamtes behandelt sodann die Bundesratsverordnungen über die Versicherung der im Hilfsdienst Beschäftigten, die Ausdehnung der Unfallversicherung auf bestimmte Berufskrankheiten, die Unfallversicherungspflicht der Betriebsbeamten, die versicherungsrechtliche Behandlung von Arbeiten im Ausland, das Verhältnis der Kriegsgefangenen zur Sozialversicherung, die Versicherung der anderen Angehörigen feindlicher Staaten usw.

A. Unfallversicherung.

1. Verwaltung. — In der äußeren Organisation der Unfallversicherung fanden im allgemeinen keine Veränderungen statt. Bei den 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften waren Ende 1916 versichert 769 690 Betriebe mit 7 442 518 Personen, bei den 49 landwirtschaftlichen 5 485 800 Betriebe mit 17 403 000 Personen und bei den 572 Ausführungsbehörden 1 231 052 Personen. Im ganzen waren rund 23½ Millionen Personen gegen Unfall versichert. Nach einer vorläufigen Ermittelung belief sich die Zahl aller im Jahre 1917 gemeldeten Unfälle auf 681 515, die der erstmalig entschädigten auf 107 695. Die im Jahre 1917 verausgabten Entschädigungen betrugen 181 276 564 *M*, gegen 177 026 012 im Jahre 1916 und 175 350 766 *M* im Jahre 1913. Entschädigungen wurden im Jahre 1917 gezahlt an 848 005 Verletzte, 109 230 Witwen, 112 067 Kinder und Enkel Getöteter, 5110 Verwandte aufsteigender Linie Getöteter; daneben erhielten 8497 Ehefrauen, 16 992 Kinder und Enkel und 207 Verwandte aufsteigender Linie als Angehörige von Verletzten, die in Heilanstalten untergebracht waren, die gesetzlichen Unterstützungen, so daß im Berichtsjahr zusammen 1 100 108 Personen Bezüge auf Grund der Unfallversicherung erhielten.

In einem Rundschreiben hat das Reichsversicherungsamt den Berufsgenossenschaften nahegelegt, durch Hergabe von Mitteln zur Förderung der Bautätigkeit der zu erwartenden Kleinwohnungsnot entgegenzuwirken. Genehmigt wurden die nachgeprüften Gefahrtarife fünf verschiedener Berufsgenossenschaften. Eine größere Anzahl Genossenschaften erhielt die Beibehaltung der bisherigen Gefahrtarife genehmigt, weil anerkannt werden mußte, daß wegen Mangels an Beamten die Aufstellung neuer Unfallverzeichnisse und die Neuveranlagung nicht möglich war. Bei einer Anzahl Berufsgenossenschaften wurden neue Unfallverhütungsvorschriften genehmigt. Die Vorarbeiten für die Aufstellung von Normal-Unfallverhütungsvorschriften der Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften konnten wegen der durch den Krieg entstandenen Schwierigkeiten noch nicht völlig abgeschlossen werden. Jedoch ist der die Montage von Eisenkonstruktionen behandelnde Teil beschlossen und für sämtliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften genehmigt worden. Die Arbeiten für den Ausbau der Sicherheitsvorschriften beim Baue seegehender Passagierdampfer sind weiter gefördert worden. Um auch in der Kriegszeit die Unfallverhütung zu erhalten, nahmen technische Mitglieder des Reichsversicherungsamts gemäß § 889 RVO. an Betriebsbesichtigungen teil. Zur Abwehr der durch die vermehrte Zahl der beschäftigten weiblichen und jugendlichen Personen erhöhten Unfallgefahren gab das Reichsversicherungsamt in zwei Runderlassen geeignete Richtlinien. Von 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften haben 64 insgesamt 394 Stellen für technische Aufsichtsbeamte eingerichtet. Gegenwärtig sind diese Stellen durch 383 Personen besetzt. Diese Beamten sind bei 291 Stellen zugleich als Rechnungsbeamte tätig. Bei den 12 Baugewerks-Berufsgenossenschaften allein beträgt die Zahl der technischen Aufsichtsbeamten 128. Die Zahl der technischen Aufsichtsbeamten bei den 49 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften beträgt 65. Zahlreiche der eingerechneten Aufsichtsbeamten waren infolge Einberufung zum Heeresdienst verhindert, die Überwachungstätigkeit auszuüben. Die 64 gewerblichen Berufsgenossenschaften mit technischen Aufsichtsbeamten weisen für das Jahr 1916 zusammen 35 145 Prüfungstage nach; im einzelnen entfallen 25 363 Tage auf Betriebsbesichtigungen, 5144 auf Lohnbuchprüfungen und 4638 auf die Beaufsichtigung der Rentenempfänger und andere Dienstgeschäfte. Bei den Baugewerks-Berufsgenossenschaften und der Tiefbau-Berufsgenossenschaft mit zusammen 41 047 Betrieben wurden 67 127 Besichtigungen ausgeführt. Bei den übrigen Berufsgenossenschaften sind von 570 499 als vorhanden nachgewiesenen Betrieben 53 482 besichtigt worden.

Die Zahl der Gesuche von Arbeitern, die sich aus irgendeinem Grunde um Hilfe an das Reichsversicherungsamt wenden, hat sich gegen das Vorjahr um 62 auf 1131 vermindert. Das Amt war bestrebt, durch Aufklärung des Sachverhalts usw. den Gesuchstellern zu helfen. Die Prüfungstätigkeit des Ober-Rechnungsrevisors wurde beschränkt; sie erstreckte sich nur auf 29 berufsgenossenschaftliche Verwaltungen. Wegen anderer dringender Dienstgeschäfte konnten Besichtigungen von Heilanstalten (§ 34 RVO.) nicht stattfinden. Die Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften während der gesetzlichen Wartezeit gemäß § 1513 RVO. hat eine Verminderung erfahren. Die Zahl der übernommenen Fälle bei allen Berufsgenossenschaften verminderte sich von 21 929 im Jahre 1913 auf 13 201 im Jahre 1915 und 12 545 im Jahre 1916. Am beschränktesten war wieder der Umfang der Frühbehandlung bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die im Jahre 1916 nur 1526 Fälle übernahmen. Die Kosten der Fürsorge betrugen im Jahre 1916 bei allen Genossenschaften 762 567 *M*. Die Bestrebungen, die Erfahrungen der Kriegsbeschädigtenfürsorge auf dem Gebiete der Wiederertüchtigung verletzter Personen durch die sogen. Arbeitstherapie den Invaliden der Arbeit

zugute kommen zu lassen, wurde durch Verhandlungen mit den Versicherungsträgern gefördert. Es kam zur Aufstellung von Leitsätzen hierüber. Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften haben sich günstig entwickelt.

2. **Rechtsprechung.** — Die im Berichtsjahr erledigten Rekurse boten vielfach zu grundsätzlichen Rekursentscheidungen Anlaß. Im Jahre 1917 wurden von den gewerblichen Versicherungsträgern 225 984 und von den landwirtschaftlichen 135 527 **Bescheide** nach den §§ 1583 und 1606 RVO. erlassen, worunter sich 35 222 und 12 260 Endbescheide befanden. Gegenüber dem Vorjahre trat eine weitere Verminderung ein. Die Versicherungsträger haben auch im Berichtsjahr die für den Einspruch vorgesehene Vernehmung der Verletzten überwiegend den Versicherungsämtern überlassen. Von den Endbescheiden waren nur 8,24 v. H. den Entschädigungsberechtigten günstiger als der erste Bescheid. Der Erfolg des Einspruchs hat von Jahr zu Jahr abgenommen. Bemerkenswert ist, daß die Erfolge in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung größer sind (13,34 v. H.) als in der gewerblichen (6,35 v. H.). Angaben über die Tätigkeit der Versicherungsämter und Ober-Versicherungsämter enthält leider der Bericht nicht; sie sollen nur alle fünf Jahre, zuerst für die Jahre 1917 bis 1921 zusammengestellt werden.

Die **Zahl der Rekurse und Anträge** hat sich infolge der neuen einschlägigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung weiter vermindert und zwar von 23 000 im Jahre 1913 auf 5286 im Jahre 1916 und 4167 im Jahre 1917. Nach gewerblichen und landwirtschaftlichen Unfallversicherungssachen getrennt betrachtet, war die Rekurshäufigkeit bei den Versicherten der gewerblichen Unfallversicherung größer als bei denjenigen der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. Bei den Versicherungsträgern überwog gleichfalls die Rekurshäufigkeit der gewerblichen die der landwirtschaftlichen. Die Zahl der (mit den aus dem Vorjahre verbliebenen) zu bearbeitenden Sachen verminderte sich von 12 647 im Jahre 1917 auf 9145 im Jahre 1917. Eine weitere Aufklärung des Sachverhalts wurde in 1316 Fällen für notwendig erachtet. Beweiserhebung wurde in 629 Fällen vor der Verhandlung und in 687 Fällen auf Grund der Verhandlungen beschlossen. Es fanden 466 Sitzungen mit 5510 mündlichen Verhandlungen statt. Sitzungen des Großen Senats haben nicht stattgefunden. Zu den mündlichen Verhandlungen war in 10,6 v. H. der Fälle der Verletzte persönlich, in 19,4 v. H. der Fälle ein Bevollmächtigter des Verletzten erschienen. Ein Vertreter des Versicherungsträgers erschien in 24,0 v. H. der Verhandlungen. Durch Urteile wurden 83,8 v. H. der Rekurse erledigt, durch Verfügung des Vorsitzenden 10.2 v. H. und anderweitig (Zurücknahme usw.) 6,0 v. H. Unerledigt blieben 38,7 aller anhängigen Rekurse.

Was den **Erfolg der Rekurse** anbetrifft, so wurden von den angefochtenen Oberversicherungsamtsurteilen 998, das sind 21,6 v. H. völlig oder teilweise abgeändert. Bei den Rekursen der Versicherten betrugen die entsprechenden Zahlen 16,4, bei den Versicherungsträgern 43,5. Gegenüber dem Vorjahr ist der Erfolg der Rekurse zurückgegangen. Die **Streitfragen** drehten sich am häufigsten und zwar in 32.1 v. H. der Fälle um den Grad der Erwerbsunfähigkeit. Nächsthäufig sind Streitsachen darüber, ob eine Veränderung im Zustand des Verletzten eingetreten ist, sodann ob ein Unfall überhaupt stattgefunden, weiter ob ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Erwerbsunfähigkeit anzunehmen war und schließlich ob ein Unfall „im Betriebe" vorlag. Der letztgedachte Streitpunkt war verhältnismäßig häufiger bei den landwirtschaftlichen Unfallversicherungssachen als bei den gewerblichen. Die Frage, welcher Versicherungsträger entschädigungspflichtig ist, war nur in 0,6 v. H. der durch Urteil erledigten Rekurse im Streite. Im Berichtsjahr eingelegt und noch erledigt wurden 44,11 v. H. der Streitsachen. 53,29 v. H. der Streitsachen wurden im Jahre nach dem der Einlegung erledigt. Im Präjudizienbuch (Spruchsammlung) sind 18 589 Sachen bis Ende Dezember 1917 vermerkt worden.

Zu 489 aus dem Vorjahr übernommenen **Beschwerden** kamen im Berichtsjahr 1493 neue hinzu, so daß 1982 Sachen zu erledigen waren. Darunter befanden sich 316 Betriebsverzeichnisbeschwerden, 144 Gefahrtarif-, Umlage-, Prämien- und Abschätzungsbeschwerden, 43 Strafbeschwerden usw. Dem Ersten **Beschlußsenat** wurden 64 Beschwerden zur Entscheidung vorgelegt. Insgesamt kamen 1558 Beschwerden zur Erledigung.

(Fortsetzung folgt.)

Verband der Betriebskrankenkassen.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen (Sitz Essen) hat am 24. und 25. Juni in Berlin eine gut besuchte Tagung abgehalten. An den Verhandlungen beteiligten sich auch Vertreter von Behörden. Der Vorsitzende, Justizrat **Wandel**, Direktor von Fried. Krupp A.-G., Essen, berichtete über „Zehn Jahre Verbandstätigkeit". Der Verband umfaßt rund 3500 Krankenkassen, welche die Krankenversicherung für die in den größeren industriellen Betrieben beschäftigten Arbeiter usw. durchführen. Nach Berichten des Geschäftsführers **Heinemann**, Essen, über das **Verhältnis zu den Ärzten und über den Arzneibezug** der Krankenkassen wurden hierzu Entschließungen angenommen, in denen folgendes erklärt ist: Die Hauptversammlung hält fest an der Auffassung, daß das Berliner Abkommen bei richtiger Auslegung eine angemessene Regelung des Verhältnisses zwischen Krankenkassen und Ärzten gewährleistet. In manchen Orten werde es möglich sein, nunmehr neue langfristige Verträge mit den Ärzten zu vereinbaren. Die Behörden hätten in ihren Bestimmungen über die Berechnung der Arzneien den berechtigten Interessen der Krankenkassen nicht genügend Rechnung getragen. Der Verband strebe ein friedliches Zusammenwirken mit den Apothekern an, stoße hierbei allerdings in manchen Apothekerkreisen auf Widerstand. Über „**Betriebskrankenkassen und Zentralisation in der Krankenversicherung**" berichtete Dr. **Halbach**, Essen. Die Hauptversammlung lehnte die Bestrebungen auf Zentralisation der Krankenversicherung ab und erklärte, daß die Betriebskrankenkassen aufrechtzuerhalten sind. Die Betriebskrankenkassen bildeten für die Fabrikbetriebe die beste Form der Krankenversicherung und erwiesen sich als besonders leistungsfähig. Aus ihrer Sonderverfassung ergäben sich mancherlei Vorteile, insbesondere auch für die Versicherten, die Einheitskrankenkassen nicht bieten könnten. Den wesentlichen Inhalt der Tagung machten Vorträge aus über **Krankheitsverhütung und Gesundheitsfürsorge.** Professor Dr. **Kayserling** (Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose) sprach über die Fürsorge für Lungenkranke, Dr. **Flaig** (Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke) über die Be-

kämpfung der Trunksucht, Zahnarzt Dr. Konrad Cohn (Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen) über Zahnpflege, Oberarzt Dr. Rott (Vereinigung für Säuglingsschutz) über die Fürsorge für Wöchnerinnen, Säuglinge und Kleinkinder, Bezirksamtmann Kerschensteiner (Reichsausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge) über Kriegsbeschädigtenfürsorge, Professor Dr. Pinkus (Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten) über den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, Dr. K. von Mangoldt (Deutscher Wohnungsausschuß) über Wohnungsfürsorge. Über die Entschließungen zu den einzelnen Vorträgen kann zusammenfassend folgendes festgestellt werden: Die Krankenkassen als die wesentlichsten Träger der Volksgesundheitsfürsorge erfüllen in der allgemeinen Fürsorge große Aufgaben. Die Krankenkassen sollten sich jedoch nicht mehr wie bisher im wesentlichen darauf beschränken, bei vorhandenen Krankheiten mit Sach- und Geldleistungen einzutreten, sie müßten auch die Krankheitsverhütung und die Volksgesundheitspflege in ihren Aufgabenkreis einbeziehen. Insbesondere müßten sich die Krankenkassen beteiligen an dem Kampfe gegen die Volkskrankheiten, gegen die Tuberkulose, die Geschlechtskrankheiten und die Trunksucht. Die Wohnungsfürsorge und eine gute Zahnpflege seien wichtige Teile der allgemeinen Gesundheitspflege. Besondere Fürsorge sei dem Nachwuchse zuzuwenden. In dieser und der kommenden Zeit komme es darauf an, jedes Menschenkind zu erhalten und zu einem vollwertigen Bürger unseres Vaterlandes zu machen. Es sei selbstverständlich, daß die Krankenkassen in ihrem Bereiche auch tatkräftig mithelfen, die Dankesschuld an die Kriegsbeschädigten und Kriegskranken abzutragen.

Jahresversammlung der Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen.

Anschließend an die 29. ordentliche Versammlung des Verbandes der Ortskrankenkassen Thüringens fand am 25. Juni 1918 die 1. ordentliche Jahresversammlung der ARGV. am Sitze der Versicherung, in Weimar, statt. Anwesend waren: Geh. Regierungsrat Kromayer vom Großh. Sächs. Staatsministerium in Weimar, Geh. Regierungsrat Krause, Direktor des Gemeinsamen Oberversicherungsamts in Gera, Geheimer und Oberregierungsrat Dr. Langbein, Direktor des Fürstl. Schwarzb. Oberversicherungsamts in Arnstadt, Registrator Lisdorf, als Vertreter des Großh. Bezirksdirektors in Weimar, der Vorsitzende des Verbandes der Ortskrankenkassen Thüringens H. Eichstädt in Weimar, 8 Vorstandsmitglieder, 37 stimmberechtigte und 42 nichtstimmberechtigte Vertreter. — Aus dem Geschäftsbericht sei hervorgehoben, daß der ARGV. am 1. Juni 55 Orts-, 1 Land- und 1 Betriebskrankenkasse, zusammen 57 Mitgliedskassen mit 174 Angestellten angehörten und daß sich das Vermögen der Versicherung auf rund 150 000 *M* beläuft. — Die Versammlung genehmigte den I. Nachtrag zur Satzung, der im wesentlichsten folgendes bestimmt: Es können auch über 16 Jahre alte auf Probe und zur Vorbereitung tätige Personen mit versichert werden. Die Versicherung ist auch weiter zurück als bis zum 1. Januar 1913 zulässig, wenn das bis zum 31. Dezember 1919 beantragt wird. Die Kassen können auch ihre über 60 Jahre alten Angestellten mit versichern, wenn sie das bis zu derselben Zeit beantragen. Auf Antrag tritt Befreiung von der Beitragspflicht während der aktiven Militärdienstpflicht in Kriegs- oder Friedenszeiten ein. Für nicht volle Dienstjahre ist lediglich der entsprechende Beitrag zu entrichten; es werden aber nur volle Kalendermonate zugrunde gelegt. — Sodann wurden die Geschäftsordnungen für den Gesamtvorstand, für den engeren Vorstand, über die Sonderzuständigkeit des Vorsitzenden und den Geschäftsgang im Vorstande, sowie diejenige für den Geschäftsführer mit einigen Abänderungen genehmigt. Hierauf wurden die bisherigen Schiedsgerichtsbeisitzer und deren Stellvertreter wiedergewählt. — Ferner wurden zwei Rechnungsprüfer und zwei Stellvertreter gewählt. — Es wurde dem Gesamtvorstande überlassen, den Ort der Tagung der nächsten Jahresversammlung zu bestimmen.

Der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen (Sitz Berlin) tagte hier im Lehrervereinshaus unter dem Vorsitz vom Stadtältesten Freyberg-Delitzsch. Den Verhandlungen wohnten eine Anzahl Vertreter der Reichs- und Staatsregierungen bei. Nach dem Geschäftsbericht umfaßt der Verband nach vierjährigem Bestehen 411 Krankenkassen. Im Laufe der Verhandlungen wurden Vorträge gehalten über die Leistungen der Landkrankenkassen, über die Fürsorge für Lungenkranke bei den Krankenkassen und über die Vereinheitlichung der Grundlöhne, Beiträge und Kassenleistungen bei den Landkrankenkassen.

Literarisches.

Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von dessen Mitgliedern. 8. Bd. Berlin 1918. Verlag von Behrend u. Co. XVI und 459 Seiten. Preis 12,40 *M*, für Bezieher der „Amtl. Nachr. d. RVA." 10 *M*.

Die letzten beiden Bände sind hier im Jahrg. 1917 S. 94 und 597 angezeigt. Wie diese, zeichnet sich auch der vorliegende neue Band durch Reichhaltigkeit wichtigen Stoffs aus. Er enthält namentlich auch besonders zahlreiche Entscheidungen der Landesversicherungsämter. Das macht den Besitz der Sammlung wertvoll auch für die Bezieher der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts.

Die Verschmelzung der Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung. Denkschrift, im Auftrage der Arbeitsgemeinschaft freier Angestelltenverbände, bearbeitet von Paul Lange. Berlin 1918. Industriebeamtenverlag G. m. b. H. 34 Seiten. Preis 1,20 *M*.

Die Denkschrift befürwortet im Namen von 16 Angestelltenverbänden, aus allgemeinen wirtschaftlichen Gründen und im Interesse der Angestellten, die Vereinigung der beiden Versicherungen in der Art, daß die Invalidenversicherung höhere Leistungen gewährt und ihr neue Beitragsklassen aufgesetzt werden, wobei die Obergrenze des zu berücksichtigenden Gehalts auf 8000 *M* erhöht werden soll. Auf knappem Raume bietet die Schrift eine klare Zusammenfassung

und wirksame Unterstützung der Gründe, die für die Verschmelzung geltend gemacht werden können, und bringt manches beachtenswerte Tatsachenmaterial zur Widerlegung der Gegner bei.

Verhandlungen der Vollversammlung der deutschen Landesversicherungsanstalten in Berlin am 13. und 14. Mai 1918. — Hierüber liegt ein vollständiger gedruckter Bericht vor. Verhandelt wurde über: 1. die vorläufige Erhöhung der Renten und Deckung der Kosten; 2. Vorschläge zur Gesetzesänderung; 3. weiteren Ausbau der Versicherung. Die Leitsätze über den dritten Punkt und ihre eingehende Begründung durch den Berichterstatter, Geheimen Oberregierungsrat Düttmann, haben wir im Heft 16 S. 301 ff. vollständig mitgeteilt, auch daselbst S. 316 die wichtigsten weiteren Verhandlungsgegenstände kurz bezeichnet. Der vorliegende vollständige Verhandlungsbericht bietet in den Äußerungen berufenster Kenner der erörterten Fragen selbstverständlich reiche Belehrung und für den Gesetzgeber ein besonders wertvolles Material.

Denkschrift über die Versicherung der Hausgewerbtreibenden. Herausgegeben von der Auskunftstelle für Heimarbeitreform, Berlin W.30, Nollendorfstraße 29/30. 23 S. Preis 50 ₰.

In einem Begleitschreiben wird darauf hingewiesen, daß noch heute der größte Teil der Hausgewerbtreibenden ohne die Sicherung ist, die die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung den anderen Arbeitern bietet. Die Krankenversicherung, der erste Versuch einer allgemeinen, reichsgesetzlichen Einbeziehung der Hausgewerbtreibenden, jetzt bekanntlich durch Notgesetz aufgehoben, erfolgte zudem in Formen, die sich als völlig unzweckmäßig und undurchführbar erwiesen. An diese Tatsachen knüpft die Denkschrift der Auskunftstelle für Heimarbeitreform an, die den derzeitigen Zustand und namentlich die schweren Mängel der Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung darlegt und für jeden der drei Versicherungszweige wohl begründete Reformvorschläge macht. Da insbesondere die §§ 466 ff. RVO. betr. die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden voraussichtlich demnächst einer Abänderung unterworfen werden, dürften die Ausführungen, die in engster Fühlung mit der sich aus den neueren Ortsstatuten ergebenden Praxis entstanden sind, von Interesse für alle an der Reform beteiligten Kreise sein. In einem Anhang sind einige typische Kriegssatzungen zusammengestellt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

a) Taxsätze bei privater ärztlicher Behandlung Versicherter. b) Gebühren für ärztliche Bescheinigungen.

1. **Nach Dinslaken.** Fragen: a) Gewisse Ärztevereine haben beschlossen, Kranke auswärtiger Krankenkassen auf Kosten ihrer Krankenkasse nicht zu behandeln, sondern diese Kranken als Privatpatienten zu betrachten und die örtlich vereinbarte Privattaxe zu fordern. Es ist offenbar, daß hierdurch der § 2 der Preuß. Gebührenordnung umgangen werden soll. Infolgedessen ist es den Mitgliedern oder Familienmitgliedern der Krankenkassen, die außerhalb des Bereichs der Kassenärzte wohnen, nicht möglich auf Grund eines Scheines der Krankenkasse behandelt zu werden. Sie erhalten die Behandlung nur dann, wenn sie sich bereit erklären, die Kosten sofort nach der örtlich vereinbarten Privattaxe zu zahlen. Da die Ärzte nicht gezwungen werden können, ärztliche Hilfe zu leisten (§ 144 Abs. 2 GewOrdg.; Ausnahme: § 360 Ziff. 10 Strafgesetzb.), bleibt den Kranken nichts anderes übrig, als den Forderungen der Ärzte nachzukommen oder ohne ärztliche Behandlung zu bleiben. Gesetze sind aber nicht dafür da, daß sie umgangen werden und es muß eine Möglichkeit geben, die Umgehung zu unterbinden. Wir bitten, uns eine solche Möglichkeit mitzuteilen. Mit der Überweisung auf Grund des § 219 RVO. ist uns nicht gedient, weil sich die dadurch entstehenden Kosten, im Hinblick auf die hohen Grundlöhne, in der Regel weit höher belaufen.

b) Wird durch die Gebühr aus Ziff. 24a der Preuß. Gebührenordnung die Gebühr aus Ziff. 3 und 4 a. a. O. abgegolten? Es handelt sich um die Bescheinigungen, welche bei der ersten und bei der letzten Beratung ausgestellt wurden, nämlich: „Ist voraussichtlich die nächsten 8 Tage arbeitsunfähig" und: „Ist heute gesund entlassen worden".

Antwort: a) Wir bedauern, Ihnen kein anderes Mittel der Abhilfe bezeichnen zu können, als die Anrufung der gesetzgebenden Gewalten. Solange nicht der von Ihnen selbst richtig gekennzeichnete Rechtszustand geändert wird, können wir nicht eine Umgehung, sondern nur eine Nutzbarmachung der geltenden Gesetze darin finden, daß Ärzte, die nicht durch Vertrag mit einer Krankenkasse gebunden sind und Bezahlung ihrer Verrichtungen nicht „aus den Mitteln einer Arbeiterkrankenkasse" beanspruchen (§ 2 der preuß. GewOrdg.), die Behandlung Versicherter nur gegen Gebühren übernehmen, die „innerhalb der festgesetzten Grenzen nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles, insbesondere nach der Beschaffenheit der Leistung, der Vermögenslage

des Zahlungspflichtigen, den örtlichen Verhältnissen usw. zu bemessen" sind (§ 3 GebOrdg.).

b) Die Ausstellung der Bescheinigungen ist in beiden Fällen je eine besondere und besonders zu bezahlende Verrichtung des Arztes, die durch die Gebühr für die Beratung nicht abgegolten wird. Das ist ja gerade ein anerkanntermaßen besonders wunder Punkt im Verhältnis der Krankenkassen zu den Ärzten, daß die Kassen lediglich zum Zwecke sachgemäßer Geschäftsgebarung zahlreicher solcher ärztlichen Leistungen bedürfen, die bei der Behandlung anderer Kranken wegfallen und deren besondere Bezahlung die Kassen empfindlich belastet. Auch daran ist nach Lage des geltenden Rechtes nichts zu ändern.

Einfluß der Änderung des Grundlohns auf Kassenleistungen in schwebenden Fällen.

2. Nach Reutlingen. Frage: Die Grundlöhne wurden durch Satzungsänderung neu geregelt und für alle Stufen erheblich erhöht. Welche Einwirkung hat diese Änderung auf die unterm alten Grundlohn entstandenen Unterstützungsfälle, hauptsächlich aber auch auf solche Sterbefälle, die Folge einer schon vor der Erhöhung des Grundlohns eingetretenen Erkrankung sind? Ist das Sterbegeld im zwanzigfachen Betrag des früheren niederen Grundlohns oder nach dem erhöhten Grundlohn zu bezahlen? Beiträge nach den höheren Grundlöhnen sind in den in Rede stehenden Fällen nicht bezahlt worden.

Antwort: Änderungen des Grundlohns haben auf die Kassenleistungen für Versicherungsfälle, die bereits vor dem Inkrafttreten der Änderung eingetreten sind, keinen Einfluß (§ 211 RVO.). So bemißt sich insbesondere das Krankengeld nach dem zur Zeit der Erkrankung geltenden Grundlohn auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit erst nach dem Inkrafttreten einer Änderung des Grundlohns eintritt (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 585). Denn die Arbeitsunfähigkeit begründet nicht einen selbständigen Versicherungsfall, sondern nur einen weiteren Anspruch aus dem mit der Erkrankung eingetretenen Versicherungsfalle. Der Tod des Versicherten dagegen bildet immer einen Versicherungsfall für sich, auch wenn er auf eine vor der Grundlohnänderung eingetretene Erkrankung zurückzuführen und das Sterbegeld auf Grund des § 202 RVO. zu zahlen ist. Das Sterbegeld ist deshalb stets nach dem zur Zeit des Todes geltenden Grundlohn zu bemessen (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1915 S. 387, 388 gegen die dort erwähnte Entsch. des RVA. 1953, Amtl. Nachr. 1915 S. 350).

Sonn- und Feiertage als Arbeitstage.

3. Nach Grimmen. Antwort: Wir stehen auf dem Standpunkt, daß die Ansicht des RVA., Kassenbeiträge dürften nur für Arbeitstage erhoben werden, falsch ist (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1914 S. 153, 1916 S. 649; auch VA. Hamburg das. 1914 S. 691, MonBl. für ArbVers. 1913 S. 108; v. Gelbern in ArbVers. 1916 S. 124, Siefart-Sitzler, Anm. 1 zu § 386; Cohn in Volkst. Ztschr. f. prakt. ArbVers. 1916 S. 229; Wissel in „OrtsKrK." 1916 Sp. 697). Hält man sich aber bis auf weiteres an die grundsätzliche Auffassung des RVA., so müssen deren für die Krankenkassen höchst bedenkliche Folgen mindestens dadurch gemildert werden, daß man darauf Bedacht nimmt, „eine nicht allzu enge Auffassung des Begriffs Arbeitstag Platz greifen zu lassen". Darauf hat das RVA. selbst schon in der Entsch. 2213 (ArbVers. 1916 S. 611, 614) hingedeutet. Deshalb ist der hier, Jahrg. 1918 Heft 6 S. 107 abgedruckten Entscheidung des Oberversicherungsamts Merseburg durchaus zuzustimmen. Sie besagt übrigens nur, daß Bureauangestellte, die monatlich entlohnt werden, „regelmäßig" auch an Sonn- und Arbeitstagen ohne besondere Vergütung zur Arbeitsleistung verpflichtet sind und daß daher für sie alle Tage als Arbeitstage anzusehen sind. Damit ist für eine andere Beurteilung auf Grund besonderer Umstände Raum gelassen, z. B. wenn an den Sonntagen nur ganz kurze Tätigkeit in Frage kommen kann (zu vgl. RVA. in ArbVers. 1916 S. 345). Daraus allein, daß der Arbeitsvertrag auf ein Jahr geschlossen ist, folgt keinesfalls schon, daß alle Tage des Jahres Arbeitstage sind. Es kommt immer darauf an, ob der Arbeitnehmer, gegen den für einen längeren Zeitraum vereinbarten Lohn, sich auch für die Sonn- und Feiertage zur Verfügung des Arbeitnehmers halten muß, wie dies z. B. bei Dienstboten die Regel ist. In anderen Fällen wird dies besonders geprüft und festgestellt werden müssen.

Neue Erkrankung eines dauernd Arbeitsunfähigen.

4. Nach Werdau. Antwort: Ein „neuer Versicherungsfall" im Sinne des § 24 Ihrer Satzung (§ 188 RVO.) liegt vor, wenn eine neue Erkrankung auf Grund der früheren nicht gehobenen Krankheitsursache eintritt, und dies ist anzunehmen, wenn entweder von neuem ärztliche Behandlung oder die Anwendung von Heilmitteln notwendig oder der Versicherte von neuem arbeitsunfähig wird. Nach Ihren Angaben hat der Versicherte bis zum 3. 5. 17 für die volle satzungsmäßige Zeit von 30 Wochen Krankengeld bezogen, blieb dann dauernd unfähig, einer Beschäftigung nachzugehen, und hat sich freiwillig weiterversichert. Wenn nun der Arzt am 31. 5. 18, also nach mehr als einem Jahre, den Versicherten wegen derselben Krankheitsursache „wiederum erwerbsunfähig geschrieben" hat, so ist daraus jedenfalls zu entnehmen, daß der Versicherte von neuem ärztlicher Beratung und Hilfe bedurft hat. Es liegt also ein neuer Versicherungsfall vor, für den sich aber die Leistungsdauer nicht nach § 24 der Satzung (§ 188 RVO.), sondern nach § 19 der Satzung, also nötigenfalls auf 30 Wochen bemißt, weil der neue Versicherungsfall nicht im Laufe der nächsten zwölf Monate nach dem letzten Krankengeldbezug eingetreten ist. Wenn es aber richtig ist, daß der Versicherte in dieser ganzen Zwischenzeit dauernd arbeitsunfähig war, so hat er jetzt nur Anspruch auf Krankenpflege, nicht aber auf Krankengeld (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 472).

Hausgeld darf in anderen Fällen als bei Krankenhauspflege nicht gewährt werden.

5. Nach Bünde. Antwort: Die Bestimmung der Satzung, daß das Hausgeld auch gezahlt wird, „wenn ein Versicherter sich auf ärztliche Anordnung in einem Bade- oder sonstigen Kurort aufhält", ist ungültig. Denn nach § 186 RVO. ist Hausgeld nur bei Krankenhauspflege, d. i. bei Verpflegung in einem Krankenhause auf Grund des § 184 zu zahlen, und für andere Fälle ist Hausgeld weder als Regelleistung vorgeschrieben noch als Mehrleistung zugelassen (§ 179).

Irrtümliche Überweisung eines Nichtmitgliedes an den Kassenarzt.

6. **Nach Hersfeld.** Frage: Wir haben eine erkrankte Person, welche vom Arbeitgeber am Tage der Erkrankung angemeldet wurde, dem Kassenarzt mit dem für Kassenmitglieder üblichen Zuweisungsschein zur Behandlung zugewiesen. Es stellte sich aber heraus, daß die Person bei unserer Kasse nicht versicherungspflichtig war, vielmehr kam, da sie unständig beschäftigt war, die Krankenkasse ihres Wohnorts in Frage. Wir haben daher die Krankenhilfe abgelehnt und den Kassenarzt gleich in Kenntnis gesetzt. Dieser fordert nun von uns auf Grund des ihm erteilten Mitgliederzuweisungsscheins Bezahlung, da wir sein Auftraggeber und als solcher haftpflichtig wären. Wir bemerken, daß wir laut Kassenvertrag für jedes Mitglied ein Pauschale zahlen. Wir verneinen unsere Zahlungspflicht.

Antwort: Da die Kranke tatsächlich nicht Mitglied war, so braucht die Kasse das Pauschale nicht zu zahlen und sie konnte auch den Zuweisungsschein wegen Irrtums gemäß § 119 BGB. anfechten. Indessen wird sie doch dem Arzt insoweit eine Vergütung gewähren müssen, als er etwa die Behandlung bereits auf Grund der Zuweisung begonnen hatte. Denn er mußte sich auf den Zuweisungsschein verlassen können. Die Kasse war in der Lage, die Mitgliedschaft zu prüfen und hätte dies rechtzeitig tun müssen. Dagegen kann der Arzt für die Behandlung, die er der Kranken etwa noch nach Widerruf des Zuweisungsscheines hat zuteil werden lassen, keine Vergütung beanspruchen.

Anspruch von Invalidenrentnern auf Krankengeld.

7. **Nach St. Wedel.** Antwort: Richtig ist der Beschluß des Kassenvorstandes nur, insofern er ausspricht, daß Versicherte, die ohnehin arbeitsunfähig sind, im Fall einer Erkrankung keinen Anspruch auf Krankengeld, sondern nur auf Krankenpflege haben; zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 472. Aber in derselben Entsch. ist auch hervorgehoben, daß völlige Arbeitsunfähigkeit nicht vorliegt, wenn dem Versicherten noch ein Rest von Arbeitsfähigkeit verblieben ist, den er wirtschaftlich verwerten kann. Daraus folgt, daß auch Invalidenrentner, die eine nach § 165 RVO. versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben, im Fall einer Erkrankung, die sie an der Ausübung dieser Tätigkeit hindert, Anspruch auf Krankengeld nach § 182 Ziff. 2 RVO. haben. Der Beschluß des Vorstandes, der ihnen schlechthin den Anspruch auf Krankengeld abspricht, ist also insoweit ungesetzlich. Auch die Bestimmung, daß der Ortslohn als Grundlohn für die Bemessung der Beiträge gelten soll, steht nicht dem Vorstande zu, sondern kann nur durch die Satzung und nur für freiwillig Beitretende getroffen werden, für die sich sonst kein Grundlohn ermitteln läßt (§ 180 Abs. 5 RVO.).

Versicherungsverhältnis, Kassenbeiträge und Leistungen bei regelmäßig wiederkehrender Beschäftigung mit Unterbrechungen.

8. **Nach Barop.** Frage: In einer Nachbargemeinde besteht eine amtliche Verkaufsstelle, in der die festgesetzten Lebensmittelmengen seitens der Gemeinde an die Einwohner verteilt werden. Dabei sind 8 Kriegerfrauen derartig beschäftigt, daß je 4 Frauen während 2 Wochen abwechselnd und zwar jede in der Woche 3 Tage lang beschäftigt ist. Die tägliche Vergütung beträgt 6 *M*, so daß für jede Frau der Verdienst in den beiden Beschäftigungswochen zusammen 36 *M* beträgt, während auf die nächsten 14 Tage kein Verdienst entfällt. Da in den sodann folgenden 2 Wochen die Tätigkeit wieder stattfindet, kann von unständig Beschäftigten wohl keine Rede sein. Geteilte Meinung herrscht weiter über die Art, wie diese Frauen zu versichern sind. Ist es richtig, die Kassenbeiträge (satzungsgemäß) wöchentlich einzuziehen? Bei dieser Handhabung könnten die Kassenbeiträge nur von 2 Wochen (nach dem Verdienst) erhoben werden und die darauf folgenden 2 Wochen würden als einkommenfrei auch versicherungsfrei sein. Sodann würden für 2 Wochen wieder Kassenbeiträge bezahlt werden müssen usw. In diesem Falle käme eine Zahlung des Krankengeldes seitens der Kasse auch wohl nur für je 3 Tage der beiden Beschäftigungswochen in Frage. Welche Verpflichtungen hat die Kasse, wenn die Aufnahme einer dieser Frauen in ein Krankenhaus dringend erforderlich wird?

Antwort: Es ist richtig, daß unständige Beschäftigung nicht in Frage kommt. Denn es handelt sich um ein festes, über die Pausen fortdauerndes Arbeitsverhältnis mit einer freilich nur beschränkten Zahl von Arbeitstagen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 21 Abs. 2 zu § 165 RVO.; Trentlein in ArbVers. 1912 S. 199), nämlich mit 6 im voraus bestimmten Arbeitstagen innerhalb eines Zeitraums von je 4 Wochen. Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts dürfen Beiträge nur für die Arbeitstage berechnet werden (ArbVers. 1916 S. 611), also im vorliegenden Falle für 6 Tage in 4 Wochen nach dem Grundlohn, der bei der Kasse einem Arbeitsverdienst von 6 *M* für den Arbeitsverdienst entspricht. Aber die so bemessenen Beiträge sind, entsprechend der Satzung, wie für andere Versicherungspflichtige, wöchentlich, also mit je ¼ des auf 4 Wochen entfallenden Betrages, einzuziehen. Unrichtig ist die Annahme, daß die Frauen in den zwei Wochen, in die kein Arbeitstag fällt, versicherungsfrei seien; das Arbeitsverhältnis (gegen einen Entgelt von 36 *M* für je 4 Wochen) und folglich die Pflichtmitgliedschaft dauert eben fort, nur mit der Maßgabe, daß für die arbeitsfreien Tage Krankengeld nicht gewährt wird. Andere Leistungen werden von den Arbeitsunterbrechungen nicht berührt; insbesondere ist Krankenpflege für jeden Krankheitstag, auch wenn er kein Arbeitstag ist, zu gewähren. Daraus folgt, daß die Kasse unter den Voraussetzungen des § 184 RVO. auch Krankenhauspflege gewähren kann, und zwar im vollen Umfang auch für Tage, für die ein Anspruch auf Krankengeld nicht besteht (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. in ArbVers. 1915 S. 855).

Kein Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt aus § 1518 Abs. 2 RVO. gegen den Arbeitgeber eines nach § 169 RVO. Befreiten.

9. **Nach L.** Antwort: Der erste Abschnitt des 5. Buches der RVO. regelt nur die „Beziehungen der Versicherungsträger zu einander“. Zu diesen gehört aber der Arbeitgeber eines von der Versicherungspflicht Befreiten nicht (zu vgl. § 3 RVO.). Demgemäß spricht auch § 1518 Abs. 2 nur eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Ersatzleistung für ein von der Versicherungsanstalt gewährtes Heilverfahren aus. Daß im Falle des § 169 der Arbeitgeber wie sonst die Krankenkasse verpflichtet sei, hätte das Gesetz aussprechen müssen, wenn es das gewollt hätte.

a) Krankenversicherung von Invalidenrentnern. b) Haftpflichtversicherung. c) Jagdunfall als landwirtschaftlicher Betriebsunfall. d) Kosten einer Bruchoperation. e) Unständige Beschäftigung.

10. Nach Hm. Antwort: a) Auch Invalidenrentner sind versicherungspflichtig, wenn sie in einer der im § 165 RVO. bezeichneten Stellungen beschäftigt sind. Sie können nur auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn die Voraussetzungen des § 173 vorliegen. Ist dies nicht geschehen, so ist der Arbeitgeber meldepflichtig. Die Leistungspflicht der Kasse in einem Versicherungsfall besteht aber unabhängig von der Anmeldung.

b) Was die Haftpflichtversicherungsgesellschaft der Gemeinde gegenüber zu leisten verpflichtet ist, können wir nicht wissen; denn es handelt sich dabei um eine private Versicherung, die durch Vertrag nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen begründet wird. Die Leistungspflicht der Krankenkasse bei Erkrankungen (auch Unfällen) der von der Gemeinde beschäftigten Arbeiter wird davon in keiner Weise berührt, und die Kasse kann auch nicht irgendwelche Ansprüche gegen die Versicherungsgesellschaft erheben.

c) Wenn der Waldaufseher des Ritterguts bei Ausübung der Jagd die Schußverletzung erlitten hat, so liegt ein landwirtschaftlicher Betriebsunfall vor, für den die Berufsgenossenschaft aufzukommen hat. Die Leistungspflicht der Krankenkasse wird aber davon nicht berührt, sondern sie hat nur die im Gesetz näher bezeichneten Ersatzansprüche (§§ 1501 ff. RVO.).

d) Kann ein dem Heilsbedürfnis genügendes Bruchband nicht beschafft werden, so muß die Kasse die nach den Umständen des Falls gebotene Operation bezahlen.

e) Wenn der Mann von dem Obstpächter wirklich immer nur für einzelne Arbeiten auf weniger als eine Woche angenommen wird und in der Zwischenzeit frei über seine Arbeitskraft verfügen kann, so liegt unständige Beschäftigung vor (§ 441 RVO.). Dann ist nicht der Arbeitgeber, sondern der Beschäftigte zur Anmeldung verpflichtet und die Mitgliedschaft beginnt erst mit der Eintragung in das Verzeichnis. Das Nähere ist in den §§ 442 ff. RVO. nachzulesen

Zur Haftung des Rechnungsführers für einen Irrtum zum Schaden der Krankenkasse.

11. Nach S. Antwort: Wenn nach dem Vertrage das Honorar der Ärzte nach der Kopfzahl der Mitglieder bemessen wird, so wüßten wir nicht, weshalb solche Mitglieder, die im Laufe eines Monats eingetreten und wieder ausgetreten sind, nicht mitgezählt werden sollten; es sei denn, daß der Vertrag eine klare Bestimmung enthält, durch welche die Zählung dieser Mitglieder ausgeschlossen wird. Daß die Ärzte „das zuviel erhaltene Honorar" für 4 Jahre zurückzahlen, scheint freilich darauf hinzudeuten, daß doch wohl der Vertrag eine Bestimmung in dem bezeichneten Sinne enthalten dürfte. Läßt aber der Vertragsinhalt wenigstens die Möglichkeit einer anderen Auslegung zu, so würden wir darin, daß der Rechnungsführer jene Mitglieder mitgezählt hat, nicht ohne weiteres eine Fahrlässigkeit finden, die ihn nach § 276 BGB. verantwortlich machen würde; denn nicht jeder Irrtum über die Bedeutung einer Vertragsbestimmung stellt eine Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt dar. Außerdem fällt es auf, daß ein solcher vermeintlicher Irrtum vom Vorstand oder vom Ausschuß bei der Prüfung der Rechnung für 4 Geschäftsjahre nicht entdeckt worden ist. Danach liegt es nahe, auch ein Verschulden der Kassenorgane anzunehmen, wodurch die Haftung des Rechnungsführers für einen Schaden der Kasse sofern eine solche überhaupt anzuerkennen wäre, mindestens sehr erheblich gemindert würde (§ 254 BGB.).

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen den Arbeitnehmer des Versicherten als Tierhalter.

12. D. 1. Frage: Ein Kassenmitglied — Dienstmädchen — ist beim Anketten des Hofhundes, der sich los gemacht hatte, von diesem angegriffen, zur Erde geworfen und am Arm stark zerfleischt worden. Unserer Kasse sind erhebliche Kosten erwachsen. Kann sie vom Arbeitgeber Ersatz fordern?

Antwort: Der Arbeitgeber haftet als Tierhalter dem Dienstmädchen für den erlittenen Schaden nach § 833 BGB. Falls aber der Hund dem Beruf oder der Erwerbstätigkeit des Arbeitgebers diente, so tritt die Ersatzpflicht des Arbeitgebers nicht ein, wenn er bei der Beaufsichtigung des Tieres die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat, oder wenn der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde (§ 833 Abs. 2 BGB.) in der Fassung des Ges. v. 30. 5. 08, ArbVers. 1908 S. 399). Es werden hiernach erst die nach Vorstehendem erheblichen näheren Umstände aufzuklären sein, um festzustellen, ob dem Mädchen ein Schadenersatzanspruch gegen den Arbeitgeber zusteht, der nach § 1542 Abs. 1 Satz 1 RVO. auf die Krankenkasse in Höhe ihrer Aufwendungen übergegangen wäre. Die Anwendung des Abs. 1 Satz 2 kommt nicht in Frage, da es sich, soweit aus der Anfrage ersichtlich, nicht um einen Unfall bei einer Tätigkeit in einem unfallversicherungspflichtigen Betriebe handelte.

„Streit" als Voraussetzung einer Entscheidung über das Versicherungsverhältnis (§ 405 Abs. 2 RVO.).

13. Nach Görlitz. Antwort: Eine „Entscheidung" des Versicherungsamts, gegen die ein Rechtsmittel gegeben wäre, liegt nach Ihren Angaben ersichtlich nicht vor, vielmehr hat das Versicherungsamt offenbar eine Entscheidung abgelehnt, und zwar mit Recht. Denn wenn die Landkrankenkasse zwar meint, daß die Aufwartefrau in die Ortskrankenkasse gehöre, gleichwohl aber sie aufgenommen hat und von ihr Beiträge erhebt, „nur um sie nicht unversichert zu lassen", so liegt einstweilen ein „Streit" zwischen dem Arbeitgeber oder der zu Versichernden und der Landkrankenkasse, über den das Versicherungsamt nach § 405 Abs. 2 RVO. zu entscheiden hätte, nicht vor. Das Verhalten der Kasse ist aber ungesetzlich. Sie darf nicht Personen „aufnehmen" und von ihnen Beiträge erheben, wenn sie der Überzeugung ist, daß diese Personen nicht in die Landkrankenkasse gehören. Ist der Arbeitgeber mit seiner Anmeldung bei der Ortskrankenkasse abgewiesen worden, so war es seine oder der Arbeitnehmerin Sache, das Versicherungsamt zur Entscheidung anzurufen. Die Landkrankenkasse wird nunmehr gleichfalls die Versicherung der Frau abzulehnen, die Beiträge zurückzuzahlen und es ihr oder ihrem Arbeitgeber zu überlassen haben, ob sie beim Versicherungsamt die Feststellung der Zugehörigkeit zur Land- oder zur Ortskrankenkasse beantragen wollen.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Kroschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1216 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 1. August 1918. Heft 22

Haftung der Versicherungsträger für eingebrachte Sachen der von ihnen in Heilstätten untergebrachten Kranken.

Von Landesrat Illing in Lübeck.

In den Heilstätten der Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen mehren sich in neuerer Zeit die Fälle des Abhandenkommens von Kleidungsstücken, die von den Kranken eingebracht sind. Die Untersuchung verläuft meist ergebnislos, und das Ende ist die Forderung des geschädigten Kranken auf Ersatz. Die Stellung, welche die Versicherungsträger solchen Ersatzansprüchen gegenüber einnehmen, ist verschieden. Vielfach wird ohne Prüfung der rechtlichen Haftungsfrage in wohlwollender Berücksichtigung der Lage der in der Regel unbemittelten Geschädigten der Schaden ersetzt, falls das abhanden gekommene Stück nicht mehr aufzufinden ist und der Geschädigte nicht nachweisbar den Verlust selbst verschuldet hat. Da aber bei diesem Verfahren nicht selten die Beobachtung gemacht wurde, daß ein solcher Fall „Schule macht“ und sich im Anschluß an den ersten die Verlustfälle häufen, so wird die Ersatzleistung vielfach auf eine Zeit verschoben, zu welcher der betreffende Kranke bereits die Heilanstalt wieder verlassen hat. Besonders wirksam ist dieses Mittel allerdings nicht, da die anderen Pfleglinge meist doch von der Entschädigung Kenntnis erhalten.

Unter diesen Umständen erscheint es von Wert, einmal die Rechtsfrage näher zu untersuchen, ob und in welchem Umfange die Versicherungsträger den von ihnen in Heilstätten eingewiesenen Kranken für den Verlust oder die Beschädigung eingebrachter Sachen haftbar sind. Die Rechtsprechung hat sich — soweit wenigstens Verfasser feststellen konnte — mit dieser Frage noch nicht unmittelbar befaßt, es wird also darauf ankommen, die Haftungsregeln aus den allgemeinen Bestimmungen des bürgerlichen Rechts herzuleiten. Dabei dürfte von vornherein zu unterscheiden sein, ob der Kranke in einer vom Versicherungsträger selbst betriebenen Heilstätte oder infolge Einweisung des Versicherungsträgers in einer Privatheilstätte Aufnahme findet.

I. Die Haftung des Versicherungsträgers wie des Heilanstaltsunternehmers überhaupt für eingebrachte Sachen der Pfleglinge ist unzweifelhaft nicht nach §§ 701 bis 704 BGB. (Einbringung von Sachen bei Gastwirten) zu beurteilen. Denn es handelt sich hier nicht um gewerbsmäßige Aufnahme von Fremden zur Beherbergung (vgl. Urt. des OLandGer. München v. 13. 11. 1909, Blätter f. Rechtsanw. 75 S. 259 ff.). Damit ist aber die Frage noch nicht gelöst, ob sich solche Haftung aus einem anderen Titel des bürgerlichen Rechts herleiten, und ob überhaupt aus der Unterbringung eines kranken Versicherten in der Heilanstalt des Versiche-

rungsträgers Rechte und Pflichten, die nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts zu beurteilen sind, insbesondere Vertragsrechte und Pflichten entstehen können. Die Frage ist vom Reichsgericht verschieden beantwortet.

Früher hat es sich auf den Standpunkt gestellt, daß eine derartige Unterbringung nicht auf einem privatrechtlichen Vertrage beruht, sondern ein Akt der öffentlich-rechtlichen Arbeiterfürsorge ist, so daß Ersatzansprüche des Kranken für Schäden, die ihm aus der Unterbringung erwachsen sind, nur auf §§ 823 ff. BGB. gestützt werden können (Urt. vom 3. 10. 1904, Entsch. 59 S. 197). In einem späteren Urteil v. 24. 1. 07 wird dagegen, anscheinend abweichend hiervon, ganz allgemein der Grundsatz aufgestellt, daß auch öffentlich-rechtliche Verhältnisse Rechte und Verbindlichkeiten erzeugen können, die unter analoger Anwendung des bürgerlichen Vertragsrechts zu beurteilen sind und deren Verletzung daher zum Ersatze des Schadens nach eben diesen Vorschriften verpflichtet. (Entsch. 65 S. 113.) Neuerdings hat das Reichsgericht aber auf die Entsch. vom 3. 10. 1904 wieder zurückgegriffen in zwei Urteilen vom 1. 10. 1910 (Entsch. 74 S. 163) und 4. 6. 1915 (ArbVers. 1916 S. 16). In beiden Urteilen handelt es sich um die von einer Kranken- (Knappschafts-) Kasse ausgehende Unterbringung eines Versicherten in einem Krankenhause, die wieder als ein nicht unter § 278 BGB. fallender Akt der öffentlich-rechtlichen Fürsorge erachtet wird. In dem letzterwähnten Urteil wird dabei die Unterbringung im eigenen und im fremden Krankenhause gegenübergestellt und erstere der Unterbringung durch eine Versicherungsanstalt (dem Fall der Entsch. v. 3. 10. 1904) ausdrücklich gleichgestellt. Zur Begründung dieses Standpunktes wird ausgeführt: „Die Verschiedenheit in der Beurteilung der Unterbringung im eigenen und im fremden Krankenhause würde ihre Erklärung darin finden, daß dort nur ein dem öffentlichen Recht angehörendes Verhältnis zwischen dem Versicherten und der Kasse besteht, das vom Gesetz und der Satzung der Kasse beherrscht wird, hier dagegen durch die Einweisung und Aufnahme des Kassenmitglieds in das fremde Krankenhaus ein bürgerlich-rechtlicher Vertrag zustande kam."

Auch nach Ansicht des Verfassers ist der ursprüngliche Standpunkt des Reichsgerichts unbedingt aufrechtzuerhalten.

Für Anwendung vertragsrechtlicher Grundsätze des BGB. bietet die Einweisung des Versicherten in die Heilstätte durch den Versicherungsträger keinen Raum. Zwar können die dieser Einweisung vorangehenden Verhandlungen vertragsähnlichen Charakter annehmen, namentlich dann, wenn die Einweisung nach der RVO. von der Zustimmung des Versicherten*) abhängig ist und diese an Bedingungen, z. B. die Erhöhung des Hausgeldes über das gesetzliche Maß hinaus (bei Einweisung durch eine Landesvers. Anstalt ist dies angängig) geknüpft wird. Gleichwohl gewährt die Annahme solcher Bedingungen niemals ein klagbares Recht auf Erfüllung wie denn auch die Einweisung in die Heilstätte selbst, auch wenn sie in Vorverhandlungen zugesagt ist, niemals im Wege des bürgerlichen Rechtsstreits eingeklagt und erzwungen werden kann. Diese stellt sich lediglich als ein Akt der öffentlich-rechtlichen Fürsorge oder, wie das Reichsgericht sagt, als die Gewährung einer dem Versicherungsträger öffentlich-rechtlich auferlegten Leistung dar, welche der privatrechtlichen Verfügungsmacht der Beteiligten entzogen ist und deren Versagung oder mangelhafte Gewährung nur Gegenstand der Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde, niemals aber Gegenstand der Zivilklage werden kann.

Liegt aber kein Vertrag vor, dessen Er-

*) Auch die Entsch. 59 S. 197 erachtet diese Zustimmung nur für eine Einschränkung der Befugnis des Versicherungsträgers, über die Form der Gewährung des Heilverfahrens zu bestimmen. Sie wandelt aber nicht das dem öffentlichen Recht angehörige Verhältnis des Versicherungsträgers zum Versicherten in einen privatrechtlichen Vertrag um.

füllung der Versicherte beanspruchen kann, so wird ihm auch ein abgeleiteter Anspruch auf Schadenersatz wegen Nichterfüllung oder mangelhafter Erfüllung nicht zuerkannt werden können.

Es wird noch zu prüfen sein, ob nicht die Einbringung der Sachen durch den Versicherten in die Heilstätte unabhängig von dem Akte der Einweisung einen besonderen, nach bürgerlichem Recht zu beurteilenden Nebenvertrag darstellt, aus welchem der Versicherte unter Umständen Ansprüche auf Schadenersatz herleiten könnte. Es wäre vor allem daran zu denken, daß der Versicherte durch die Unterbringung seiner Sachen in den dafür vorgesehenen Behältern der Heilstätte mit der Heilstättenverwaltung als Vertreter des Versicherungsträgers stillschweigend einen Verwahrungsvertrag schließt, aus dessen schuldhafter Nichterfüllung er Schadenersatzansprüche gemäß §§ 690, 278 BGB. herleiten könnte. Indessen handelt es sich wohl bei der Einbringung der Sachen überhaupt nicht um eine Verwahrung im gesetzlichen Sinne, da die Heilstättenverwaltung diese Sachen ja gar nicht in Empfang nimmt, mit Ausnahme etwaiger Wertsachen, die — gemäß der in den meisten Hausordnungen der Heilstätten enthaltenen Ermächtigung — der Heilstättenverwaltung zur Aufbewahrung übergeben werden. Auch in der Anweisung der Behälter zur Unterbringung der Sachen, gleichviel ob diese verschließbar oder offen sind, kann eine Empfangnahme zur Aufbewahrung nicht erblickt werden, da die Heilstättenverwaltung dadurch nicht die tatsächliche Gewalt über die Sachen erwirbt und auch nicht erwerben will. Dementsprechend hat das Reichsgericht in einem Falle, in dem in einem größeren Hotel den Reisenden ein mit doppeltem Verschluß versehener Fächerschrank zur Aufbewahrung an Wertsachen zur Verfügung gestellt war, in der Benutzung dieses Schrankes keinen Verwahrungsvertrag gefunden, obwohl der eine Schlüssel sogar ständig in dem Gewahrsam der Hotelverwaltung blieb (Urt. v. 18. 10. 1911, Entsch. 77 S. 336). Aber auch für die Annahme eines sonstigen nach Privatrecht zu beurteilenden Nebenvertrags ist kein Platz. Das Mitbringen der für die Kurdauer erforderlichen Wäsche, Kleidungsstücke und Schuhe wird den Versicherten meist ausdrücklich in der Einweisungsverfügung mit aufgegeben. Oft werden die mitzubringenden Sachen sogar ausdrücklich aufgezählt mit der Warnung, daß der Patient seine Wiederentlassung zu besorgen habe, falls er ohne diese Sachen in der Heilstätte eintrifft. Aber auch die Art der Unterbringung der Sachen ist regelmäßig insofern Gegenstand der Einweisungsverfügung, als in dieser auf die beigefügte oder in der Heilstätte angeschlagene Hausordnung hingewiesen und ihre strenge Befolgung bei Vermeidung der Wiederentlassung zur Pflicht gemacht wird. In der Hausordnung wird aber die Unterbringung der Kleidungsstücke usw. meist genau geregelt. In einer dem Verfasser vorliegenden, in ihrer Fassung wohl typischen Heilstättenhausordnung heißt es zum Beispiel:

> „Jede Kranke hat ihre Kleidungsstücke in dem ihr zugewiesenen Schrank unterzubringen. Strümpfe, Taschentücher, Kleidungsstücke, insbesondere Schuhe auf den Heizkörpern oder sonst im Zimmer zum Trocknen aufzuhängen oder auf Tischen, Stühlen oder Schränken umherliegen zu lassen, ist untersagt. Die Kranken sind verpflichtet, ihr gesamtes Schuhwerk in dem dazu bestimmten Schuhwechsel- und Aufbewahrungsraum unterzubringen. Aus dem Schuhwechselraum mit schmutzigen Schuhen oder Stiefeln das Haus zu betreten, ist verboten."

Auch die Unterbringung der Sachen wird also regelmäßig von der dem öffentlichen Recht angehörenden Einweisungsverfügung des Versicherungsträgers mit ergriffen und dem freien Abkommen der Beteiligten damit entzogen. Es kann mithin weder ein Vertrags- noch auch nur ein vertragsähnliches Verhältnis als Grundlage für die gegenseitigen Rechtsbeziehungen der Beteiligten anerkannt werden.

Für die rechtliche Beurteilung der Haftung für eingebrachte Sachen bleiben vielmehr nur die Bestimmungen der §§ 823 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Folgen außervertrag-

licher Schadenszufügung durch unerlaubte Handlungen übrig, und unter diesen insbesondere die Bestimmung des § 831 a. a. O. Danach haftet der Versicherungsträger für den Schaden, den die von ihm bei der Verwaltung seiner Heilstätte angestellten Personen*) (Arzt, Betriebspersonal und Arbeiter) in Ausübung der Verrichtungen, zu denen sie bestellt sind, Dritten widerrechtlich zufügen. Er ist aber von der Haftung befreit, wenn er den Nachweis führen kann, daß er bei der Auswahl des schädigenden Angestellten die erforderliche Sorgfalt beobachtet hat. Sind bei den Verrichtungen des Angestellten Gerätschaften oder sonstige Vorrichtungen im Gebrauch, die von dem Versicherungsträger beschafft worden sind, so muß er, um sich von seiner Haftung freizumachen, außerdem dartun, daß er bei der Beschaffung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat. Auch wenn er diesen doppelten Entlastungsbeweis nicht führen kann, tritt doch seine Ersatzpflicht gleichwohl nicht ein, wenn er nachweisen kann, daß der Schaden auch bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt entstanden sein würde. Zu den „Vorrichtungen und Gerätschaften“ im Sinne des § 831 werden in unserem Falle unbedenklich alle zum Betrieb der Heilstätte gebrauchten maschinellen Apparate und Einrichtungen (Beleuchtung, Zentralheizung, Badeeinrichtung, Warmwasser- und Dampfbereitung, Trockenapparate, Desinfektionskessel, Wasch- und Wringmaschinen usw.), aber auch die sonstigen besonderen Einrichtungen der Kranken- und Tagesräume, des Schuhwechselraums usw. zu rechnen sein.

*) Handelt es sich um das Verschulden einer Person, die „verfassungsmäßig berufener Vertreter“ des Versicherungsträgers ist, so kommt die schärfere Haftung des § 31 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Betracht. Das Heilstättenpersonal, einschließlich des Arztes, wird aber im Zweifel nicht zu den „verfassungsmäßig berufenen Vertretern“ gerechnet werden können. Über die Aufsichtspflicht solcher Vertreter und die Haftung des Versicherungsträgers für ihr Verschulden vgl. Kommentar der Reichsgerichtsräte zum Bürgerl. Gesetzbuch Anm. 1 zu § 31 und die dort aufgeführten Entscheidungen.

Der Versicherungsträger würde hiernach z. B. für eine zum Waschen und Bügeln der Krankenwäsche in der Heilstätte bestellte Person, welche Wäschestücke eines Pfleglings beiseite bringt oder so unordentlich behandelt, daß sie verloren gehen oder unbrauchbar werden, an sich haften, also dem Patienten für den ihm nachweislich daraus entstandenen Schaden Ersatz zu leisten haben. Er kann sich aber von der Haftung durch den Nachweis befreien, daß er bei der Auswahl der schuldigen Wäscherin die im Verkehr gebotene Sorgfalt beobachtet hat, und falls es sich um das Unbrauchbarwerden eines Wäschestücks handelt, daß Waschkessel und Waschmaschinen einwandfrei beschafft und ordnungsmäßig im Stande sind. Beide Nachweise werden ihm nicht schwer fallen, wenn die Wäscherin auf befriedigende Zeugnisse oder gut ausgefallene Erkundigungen hin angenommen ist und die Waschapparate von einer als tüchtig bekannten Firma stammen.

Was die Auswahl der Person betrifft, so wird man davon ausgehen dürfen, daß für derartige untergeordnete Verrichtungen wie z. B. diejenigen einer Wäscherin der Verkehr, abgesehen von der erforderlichen körperlichen Fähigkeit, nur eine gewisse allgemeine Zuverlässigkeit verlangt, die durch Zeugnisse und schriftliche oder mündliche Erkundigungen sichergestellt werden kann.*) Sind diese von der Heilstättenverwaltung in Vertretung des Versicherungsträgers eingezogen, so ist alles geschehen, was ein sorgfältiger Geschäftsherr tun konnte, um eine richtige Auswahl zu treffen. Allerdings darf aber auch nicht nach der Anstellung die Führung der angestellten Person so gewesen sein, daß sie wegen ihrer Tauglichkeit Bedenken erregen mußte. Wird dies vom Geschädigten geltend gemacht, so hat der Geschäftsherr den Beweis der Sorgfalt auch auf die spätere Zeit zu richten (Urteil des Reichsgerichts bei Gruchot 51 S. 600 und Juristische Wochenschrift 10 S. 287).

*) Das gleiche wird auch von dem Wärter- und sonstigen Personal der Heilstätte zu gelten haben.

Schwieriger gestaltet sich schon die Beurteilung in Fällen, in denen in erster Linie die Unvollkommenheit einer vorhandenen Vorrichtung in Verbindung mit der mangelnden Aufsicht des Personals einen Schaden an eingebrachten Sachen der Pfleglinge herbeigeführt hat. Hierbei kommen insbesondere einige im Interesse der Ordnung und Sauberkeit getroffene Vorrichtungen in Betracht, bei deren Benutzung erfahrungsgemäß zumeist die von Kranken zur Ersatzleistung angemeldeten Beschädigungen und Diebstähle vorzukommen pflegen. Das ist — abgesehen von der Wäscheeinrichtung und dem Desinfektionsapparat — der gemeinsame Schuhwechsel- und Schuhputzraum, der gemeinsame Trockenraum für feucht gewordene Kleidungsstücke und der gemeinsame Raum zum Aufhängen von Hüten und Mänteln und zum Aufstellen der Schirme. Wie müssen diese Räume und Vorrichtungen beschaffen und beaufsichtigt sein, damit die im Verkehr gebotene Sorgfalt gewahrt erscheint? Zweifellos müssen sie so beschaffen sein, daß die Pfleglinge bei ordnungsmäßigem Gebrauch derselben keinen Schaden an ihrer Person oder ihren Sachen erleiden. Sie dürfen ferner nicht unbefugten Eindringlingen zugänglich sein. Ist es möglich, daß aus einem der fraglichen Räume von außen unbeachtet Kleidungsstücke oder Schuhe entwendet werden, so wird die Haftung des Versicherungsträgers für den Wert der auf solche Weise entwendeten Sachen im Zweifel nicht von der Hand zu weisen sein, da die Vorrichtung dann nicht mit der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt geschaffen beziehungsweise beaufsichtigt worden ist. Solche Diebstähle werden aber kaum vorkommen, weitaus öfter befinden sich unter den Pfleglingen selbst diebische Personen, welche die Gelegenheit, wo sie durch den die Mäntel und Schirme bergenden Korridor gehen, oder wo sie im Schuhwechselraum ihre schmutzigen Straßenschuhe mit Hausschuhen vertauschen, benutzen, um unbeachtet einem Mitpflegling einen Schirm oder ein gutes Paar Schuhe zu entwenden.

Kann der Versicherungsträger für solche Diebstähle haftbar gemacht werden, weil die betreffenden Vorrichtungen sie zulassen und eine Aufsichtsperson, die den Diebstahl hätte verhindern können, nicht zugegen war? Nach Ansicht des Verfassers ist diese Frage der Regel nach zu verneinen. Das Zusammenleben einer großen Anzahl von Versicherten in einer Heilanstalt wird selbst bei größter Sorgfalt in der Beschaffung, Herstellung und Beaufsichtigung aller Anstaltsvorrichtungen das Vorkommen von Diebstählen unter den Pfleglingen niemals ausschließen. Es können diese Vorrichtungen aber auch nicht bloß unter dem Gesichtspunkt der Diebstahlsverhinderung geschaffen und beaufsichtigt werden. Dies zu verlangen, hieße die im Verkehr erforderliche Sorgfalt erheblich überspannen. Der Versicherungsträger wird vielmehr, ohne die ihm obliegende Sorgfalt zu verletzen, im Zweifel annehmen dürfen, daß die in seiner Heilanstalt untergebrachten Kranken das Eigentum ihrer Mitpfleglinge achten werden, und dementsprechend auch seine für die Aufbewahrung von Sachen der Pfleglinge bestimmten Einrichtungen nach den allgemeinen, für die ganze Heilstätte geltenden Gesichtspunkten (Ordnung, Sauberkeit, leichte Beaufsichtigung) treffen dürfen, ohne dabei allzu ängstlich auf die Verhinderung von Diebstählen unter den Pfleglingen achten zu müssen. So wenig eine wirksame Abschließung der Mäntel und Schirme jedes einzelnen Pfleglings im Korridor oder der feuchten Sachen im Trockenraum schon aus technischen Gründen möglich ist, so wenig wird man auch eine die Sauberkeit und Übersicht gefährdende Verschließbarkeit der Schuhfächer im Schuhwechselraume als ein Gebot der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt aufstellen können, und aus dem gleichen Grunde ist auch nicht zu verlangen, daß im Schuhwechselraum oder im Trockenraum sich immer oder auch nur während der Hauptbetriebszeiten eine Aufsichtsperson aufhält, die doch nicht eine jede Entwendung würde vereiteln können.

Eine Haftung des Versicherungsträgers

besteht natürlich erst recht nicht, wenn der Pflegling dadurch Schaden erleidet, daß er ihm gehörige Sachen in nicht dazu bestimmten Räumen unterbringt, oder daß er ihm gehörige Gebrauchsgegenstände außerhalb der Anstalt im Garten, in der Liegehalle usw. stehen oder liegen läßt, wo sie fortkommen oder verdorben werden. Es kommen dann die Bestimmungen der §§ 846, 254 des Bürgerlichen Gesetzbuches über konkurrierendes Verschulden des Beschädigten zur Anwendung, das, selbst wenn der Versicherungsträger für einen an der Schädigung schuldhaft beteiligten Angestellten gemäß § 831 a. a. O. zu haften hätte, doch die Ersatzpflicht ausschließen, mindestens aber erheblich einschränken würde.

II. Das Reichsgericht hat in seiner oben erwähnten Entscheidung vom 4. Juni 1915 sich auf den Standpunkt gestellt, daß durch die kassenseitige Einweisung eines Kranken in ein fremdes Krankenhaus ein bürgerlich rechtlicher Vertrag zwischen Kasse und Krankenhaus zustande komme, aus welchem der Kranke selbst ein eigenes Recht auf ordnungsmäßige Krankenhausbehandlung erlange. Es erscheint unbedenklich, die Grundsätze dieser Entscheidung auf alle Versicherungsträger und alle krankenhausähnlichen Anstalten auszudehnen und dem Kranken nicht bloß ein eigenes Recht auf ordnungsmäßige Krankenhausbehandlung, sondern auch auf ordnungsmäßige Unterkunft, Verpflegung und Behandlung (Verwahrung) der von ihm eingebrachten Sachen gegen die das Krankenhaus oder sonstige Heilstätte betreibende Person zuzusprechen.

Die gesetzliche Grundlage für die Verfolgung von Schadenersatzansprüchen bei Beschädigung und Abhandenkommen von eingebrachten Sachen bildet alsdann der § 278 BGB., wonach der Heilstättenunternehmer jedes auf Vorsatz oder Fahrlässigkeit beruhende Verschulden der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit bedient, in gleichem Umfange zu vertreten hat wie eigenes Verschulden. Er kann sich also nicht von seiner Haftung durch den Nachweis befreien, daß er bei der Auswahl des schuldigen Angestellten die im Verkehr gebotene Sorgfalt angewendet habe.

Damit ergibt sich in bezug auf die Haftpflicht ein bedeutsamer Unterschied zwischen dem Privatunternehmen und dem eine Heilstätte betreibenden öffentlichen Versicherungsträger. Die Haftpflicht des ersteren geht erheblich weiter, wenn es sich um Beschädigung oder Abhandenkommen von eingebrachten Sachen durch Schuld eines Anstaltsangestellten (Hausverwalters, Wärters, Dienstboten, Wäscherin usw.) handelt, und zwar haftet er dem Kranken selbst aus dem für ihn durch jenen Vertrag begründeten eigenen Rechte. Nicht dagegen — auch nicht subsidiär — besteht in solchem Falle eine Haftpflicht des einweisenden Versicherungsträgers, dessen Mitwirkung hier nur in der wieder dem öffentlichen Rechte angehörenden Verschaffung der Heilgelegenheit besteht. Privatrechtliche Ansprüche der Kranken können ihm gegenüber daraus nicht erwachsen.

Wann „Vorsatz“ im Sinne des § 278 a. a. O. vorliegt, ergibt sich aus dem Gesetz nicht, das nur den Begriff der Fahrlässigkeit näher erläutert. Vorsatz muß bei jeder absichtlichen und bewußt widerrechtlichen Schadenzufügung angenommen werden. Fahrlässig handelt dagegen nach § 276 a. a. O., wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt. Man wird in unserem Falle unter solcher „Sorgfalt“ verstehen müssen, daß der Heilanstaltsunternehmer und seine Angestellten alles tun, was nach der allgemeinen Verkehrsanschauung nötig ist, um eine ungestörte sachgemäße Behandlung, Unterkunft und Verpflegung der Kranken selbst, aber auch eine ordnungsmäßige Unterbringung und Erhaltung ihrer eingebrachten Sachen zu gewährleisten.

Sind also Angestellte des Heilanstaltsunternehmers unehrlich, indem sie ihnen anvertraute Sachen der Pfleglinge unterschlagen oder auch nur lässig und unordentlich, indem sie solche Sachen, z. B. gewaschene Pfleglingswäsche, beschädigen oder nicht dem

Eigentümer, sondern, ohne sich an die Wäschezeichen zu halten, anderen Pfleglingen aushändigen, die damit abreisen, so haftet der Heilanstaltsunternehmer unbedingt. Ebenso wird er für den Verlust von Sachen einzutreten haben, die nach der Hausordnung nicht von den Pfleglingen in ihrem Zimmer verwahrt werden durften, aber in den dazu bestimmten Räumen so schlecht verwahrt sind, daß sie durch eine unbemerkt in die Heilanstalt eindringende fremde Person entwendet werden konnten. Ebenso in Fällen, in denen Sachen von Pfleglingen infolge mangelhafter Beschaffenheit von Vorrichtungen (Waschmaschine, Trockenvorrichtung, Desinfektionsapparat) oder wegen Mangelhaftigkeit der Aufbewahrungsräume infolge von Witterungseinflüssen usw. (Durchregnen durch das Dach, Verschimmeln im feuchten Keller) verderben.

Eine Grenze findet die Haftung auch hier im mitwirkenden Verschulden des Beschädigten. Läßt dieser z. B. einen Schirm oder Gummischuhe außerhalb des Hauses im Garten oder in der offenen Liegehalle stehen und kommen die Sachen dort fort, oder hängt der Pflegling seinen nassen Mantel außerhalb des Trockenraums an eine Heizröhre, die dazu nicht bestimmt ist, und versengt der Mantel dort, so haftet der Anstaltsunternehmer im Zweifel nicht, auch wenn einer seiner Angestellten sich dabei einer Aufsichtsversäumnis oder eines anderen Versehens schuldig gemacht haben sollte.

Eine erhöhte Verantwortlichkeit auch gegenüber mitwirkendem Verschulden des Beschädigten wird von dem Anstaltsunternehmer in seinen Angestellten dagegen nach allgemeiner Verkehrsauffassung erwartet werden müssen, wenn die Pfleglinge Kinder sind, die für eigenes Verhalten noch nicht haftbar gemacht werden können und daher in ihrem Tun und Lassen einer fortgesetzten Aufsicht bedürfen.

Der Unternehmer einer Kinderheilstätte hat demnach nicht die Möglichkeit, sich durch den Nachweis mitwirkenden Verschuldens des Geschädigten von der Haftung für den durch Fahrlässigkeit seiner Angestellten angerichteten Schaden zu befreien, da Kinder ein solches mitwirkendes Verschulden in der Regel nicht zu vertreten haben.*) Das gilt z. B., wenn Kinder, deren Ordnungssinn ja meist noch unentwickelt ist, mitgebrachte Sachen auf dem Spielplatz liegen lassen und die Aufsichtsperson sich nicht genügend darum gekümmert hat, oder wenn Unordnung bei den Kindern in der Verwahrung ihrer Wäsche geduldet wird und diese Unordnung mit der Unordnung der Anstaltswäscherin bei der Rückgabe gewaschener Wäsche Hand in Hand geht, so daß Wäschestücke verloren gehen bzw. in die Hände von Unberechtigten geraten.

Auch die Haftung des privaten Anstaltsunternehmers findet ihre Grenze dort, wo von einem Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt nicht mehr die Rede sein kann. Demgemäß wird man auch hier eine Verantwortlichkeit des Anstaltsunternehmers für Diebstähle und Eigentumsbeschädigungen, die unter den Pfleglingen selbst vorkommen, nicht anzuerkennen brauchen, es sei denn, daß dabei ein wesentliches Verschulden eines Anstaltsangestellten mitgewirkt hat, derart, daß es zu der Schädigung nicht gekommen sein würde, wenn der Angestellte seine Pflicht getan hätte.**) Für die Prüfung, ob eine Pflichtverletzung dieser Art vorgelegen hat, werden die oben im vorletzten Absatz von I dargelegten Gesichtspunkte auch hier berücksichtigt werden müssen.

Es bleibt noch übrig, die Frage zu prüfen, ob und event. in welchem Umfang die Haftung für Beschädigung und Abhandenkommen eingebrachter Sachen von vornherein vertragsmäßig ausgeschlossen werden kann. Soweit die Haftung eine vertragsmäßige ist, kann der

---

*) Bei Kindern bis zu 7 Jahren trifft dies unbedingt, bei älteren Kindern allerdings nur dann zu, wenn sie für ihre Handlungsweise noch nicht die erforderliche Einsicht haben.

**) Ob der Heilanstaltsunternehmer in solchem Falle unter Umständen ein Rückgriffsrecht gegen den Versicherungsträger hat, der ihm den diebischen Pflegling überwiesen hat, soll hier unerörtert bleiben.

zugrunde liegende Vertrag zweifellos die Haftung des Heilanstaltsunternehmers einschränken oder auch ausschließen, und zwar für Schädigungen, die auf Fahrlässigkeit beruhen, unbedingt, die Haftung wegen Vorsatzes nur, wenn es sich um ein Verschulden von Personen handelt, deren sich der Heilanstaltsunternehmer zur Erfüllung seiner Verbindlichkeiten bedient, §§ 276, 278 BGB. Da es sich um eine Ausnahmebestimmung handelt, wird man aber verlangen müssen, daß diese Haftungseinschränkung klar und ausdrücklich von beiden Teilen erklärt und angenommen ist. In ihrer Fassung unklare Vertragsklauseln dieser Art wird man, wenn sie überhaupt Beachtung verdienen, einschränkend auslegen müssen. Dem Verfasser liegen z. B. aus der Kinderferienkolonie eines Vereins „Vorschriften für Eltern und Kolonisten" vor, in denen es heißt: „Der Verein haftet nicht für abhandengekommene Sachen." Diese Vorschriften werden den Eltern bei Zusendung der Aufnahmebewilligung mit übersandt und regelmäßig durch stillschweigende Annahme Teil des Aufnahmevertrages. Kann durch eine derartige allgemein gehaltene Klausel die Haftung des Vereins als Anstaltsunternehmer auch für Verschulden, insbesondere vorsätzliches Verschulden seiner Angestellten ausgeschlossen werden? Nach Ansicht des Verfassers keineswegs! Denn eine Willenseinigung beider Teile hierüber ist durch die stillschweigende Unterordnung der Eltern des zur Aufnahme bestimmten Kindes unter die Klausel sicherlich nicht zustande gekommen. Die Eltern denken gar nicht daran, wenn sie die Klausel lesen und annehmen, damit dem Anstaltsunternehmen die Haftung für das Verschulden von Angestellten erlassen zu wollen. Tatsächlich kann darin — bei der gebotenen einschränkenden Auslegung — auch nur eine Ablehnung der Ersatzverpflichtung bei unverschuldetem Abhandenkommen von Sachen, insbesondere also bei Diebstählen der Pfleglinge unter sich erblickt werden, eine Ablehnung, die überflüssig war, weil der Heilanstaltsunternehmer schon ohnehin für ein von seinen Angestellten nicht verschuldetes Abhandenkommen von Sachen nicht haftet.

Aber auch wenn in dem Aufnahmevertrag ein klarer und ausdrücklicher Erlaß der Haftung für das Verschulden von Angestellten enthalten ist, so wird man diesen Erlaß doch nur auf die vertragsmäßige Haftung erstrecken können. Eine Haftung aus § 823 ff. BGB. kann dadurch nicht ausgeschlossen werden. (Entsch. d. RG. 45 S. 162; Jur. Wochenschrift 1908 S. 465—467.) Ist also in der schädigenden Handlungsweise eines Angestellten nicht bloß eine Vertragsverletzung, sondern zugleich der Tatbestand einer unerlaubten Handlung enthalten, so wird der Anstaltsunternehmer trotz der Erlaßklausel für den Schaden haftbar gemacht werden können, bei Verschulden von Angestellten allerdings nur in den Grenzen des § 831 BGB. (Vgl. Dernburg, Die Schuldverhältnisse nach dem Rechte des Deutschen Reichs und Preußens, IV. Aufl. § 64, 3 b.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft als Mitunternehmer oder Betriebsbeamter des Unternehmens?

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Januar 1918.

. . . Die Firma ist eine offene Handelsgesellschaft; sie betreibt die Anfertigung und den Verkauf von Ziegelsteinen auf Grund eines Gesellschaftsvertrages vom 7. Dezember 1899. An dieser Gesellschaft ist der Ziegelsteinfabrikant A. für sich zu 1/4 und für seine minderjährigen Kinder aus erster Ehe zu 1/4 beteiligt. Die Einlagen zu dieser Gesellschaft waren für die Gesellschafter nach der damals zuletzt vorliegenden Bilanz festgesetzt. Jedem Gesellschafter werden am Schlusse des Geschäftsjahres von seiner Einlage 5 v. H. Zinsen für das Jahr gutgeschrieben.

Außerdem ist jeder Gesellschafter befugt, einen seinem Geschäftsanteil entsprechenden Gewinnanteil alljährlich aus der Gesellschaftskasse zu entnehmen. Am Ende jeden Jahres muß eine Bilanz angefertigt werden, um hiernach Gewinn oder Verlust der Gesellschaft zu berechnen. Nach Artikel 3 dieses Gesellschaftsvertrages ist der Gesellschafter A. berechtigt, für die Firma zu zeichnen und sie bei allen Arten von Geschäften und Rechtshandlungen zu vertreten. Durch den Gesellschaftsvertrag ist weiter vorgesehen, daß er die Leitung des Geschäfts übernimmt und daß er für seine Mehrtätigkeit außer seinem Gewinnanteil und freier Wohnung eine Vergütung erhält, die sich zur Zeit auf 1000 *M* beläuft. Nach dem Bericht des technischen Aufsichtsbeamten vom 15. August 1913 waren damals in dem fraglichen Betriebe 25 Arbeiter tätig, während der Rechnungsbeamte am 11. Juni 1914 22 Arbeiter und einen Ziegelmeister feststellte.

Der Ziegeleibetrieb der Firma war in Friedenszeiten nach ihren Angaben in dem Schriftsatz vom 8. Januar 1916, welche die Ziegelei-Berufsgenossenschaft nicht bestritten hat, ein reiner Akkordbetrieb, über den ein Ziegelmeister die Aufsicht führte. Dieser hatte der Firma die fertigen Steine abzuliefern und erhielt dafür den festgesetzten Akkordbetrag, er nahm die zur Herstellung der Steine nötigen Arbeiter an und entlohnte sie. Weiter wurde von der Firma noch ein Platzmeister beschäftigt, der auf der Ziegelei wohnte und dem das gesamte Fuhrwesen (Abfuhr der Steine usw.) unterstand. Für das Anfahren des Lehms von dem Lehmberg zur Verwendungsstelle war eine besondere Aufsichtsperson angestellt. In dem Berichte des technischen Aufsichtsbeamten ist A. als Mitinhaber und Betriebsleiter aufgeführt, der Bericht des Rechnungsbeamten bezeichnet A. als Mitunternehmer; er sei im Betriebe bei der Aufsicht tätig. Nach dem Berichte des Bürgermeisters in X. vom 23. Dezember 1913 wurde von A. nur die Leitung der in Frage kommenden Arbeiten besorgt, wie die Lagerung, der Verkauf und Transport der Steine, die Annahme und Beaufsichtigung der Arbeiter und die Fuhrwerksgestellung, die Anfuhr des Lehms. Für den kaufmännischen Teil des Betriebes steht A. ein Buchhalter zur Seite.

Sonach unterscheidet sich A. von einem Betriebsbeamten dadurch, daß er nicht den Weisungen der Firma Folge zu leisten hat, sondern die für die Betriebsleitung erforderlichen Anordnungen selbst erläßt. Soweit A. mit dem technischen Teile des Betriebes zu tun hat, übt er nur die allgemeine Überwachungstätigkeit aus, die ein Unternehmer über die Personen ausübt, welche zur Beaufsichtigung der Arbeiter und zur Leitung der Betriebsarbeiter besonders angestellt sind. Die gesamten Funktionen von A. sind nicht die eines Betriebsbeamten, sondern die des Mitunternehmers. Aus dem ganzen Inhalt der Stellung, die A. durch den Gesellschaftsvertrag vom 7. Dezember 1899 eingeräumt ist, und seiner entsprechenden Beteiligung in dieser Firma ist nicht zu schließen, daß A. Betriebsbeamter dieser Firma ist. Er ist vielmehr nach seiner Tätigkeit in der Firma dem Stande der Unternehmer zuzurechnen. A. ist zwar nicht der alleinige Unternehmer der Firma, sondern er ist Mitunternehmer.

Daß A. als Mitunternehmer anzusehen ist, geht insbesondere aus der Art seiner Beteiligung an dem finanziellen Erfolg der Firma hervor. Da er am jährlichen Gewinn oder Verlust der Firma nach Artikel 9 des Gesellschaftsvertrages direkt beteiligt ist, so wirkt das wirtschaftliche Jahresergebnis jeweils unbeschränkt und unmittelbar auf A. zurück. Auch der Entgelt von 1000 *M* jährlich, den A. von der Firma erhält, ist nicht als Gehalt anzusehen, sondern nur als ein Ausgleich für die vorzugsweise Inanspruchnahme seiner Dienste gegenüber den anderen Gesellschaftern. Dieser Betrag wäre — sogar bei freier Wohnung — für einen Betriebsbeamten eine ungewöhnlich geringe Entlohnung; gerade dieser Umstand läßt darauf schließen, daß A. in erheblichem Maße darauf angewiesen ist, als Gesellschafter ein tunlichst günstiges finanzielles Ergebnis zu erzielen. Auch der Eingang des schon mehrfach genannten Gesellschaftsvertrages bezeichnet A. als „Ziegelsteinfabrikant". Daraus geht hervor, daß A. schon im Jahre 1899 dem Unternehmerstand angehört hat.

A. ist außerdem Unternehmer eines landwirtschaftlichen Betriebes von 4½ Hektar, sowie Vorsteher einer Gemeinde. Nach einem Berichte des Versicherungsamtes hebt sich seine ganze wirtschaftliche Stellung aus dem Kreise des Arbeiterstandes und der Betriebsbeamten heraus und läßt ihn als dem Unternehmerstand angehörig erscheinen.

Nach alledem ist A. als Mitunternehmer der Firma anzusehen und ist als solcher nicht versichert. Sein Gehalt ist demnach zutreffend von der Unternehmerin nicht in die Lohnliste aufgenommen worden. Die gegenteilige Entscheidung des Oberversicherungsamtes, dem der Gesellschaftsvertrag nicht vorgelegen hatte, beruht teilweise auf der Annahme anderer tatsächlicher Verhältnisse. Es konnte daher der weiteren Beschwerde der Firma der Erfolg nicht versagt werden.

(„Berufsgenossenschaft".)

Ist die Bestrafung einer Firma (Aktiengesellschaft usw.) als solcher zulässig?

Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 30. April 1918 (B. U. 112/17).

Die Beschwerde richtet sich gegen die Strafverfügung der Berufsgenossenschaft vom 23. November 1917, durch welche eine Aktiengesellschaft wegen Zuwiderhandlung gegen die Unfallverhütungsvorschriften mit einer Geldstrafe von 10 *M* bestraft ist.

Eine Bestrafung der Aktiengesellschaft als solcher ist nach den gesetzlichen Vorschriften nicht angängig.

Die Bestrafung einer juristischen Person widerspricht nicht nur den allgemeinen Grundsätzen des Rechts, sondern im § 912 RVO. ist auch bestimmt, daß „die Mitglieder des Vorstandes“ den Unternehmern gleichstehen, wenn eine Aktiengesellschaft Unternehmer ist. Diese Gesetzesvorschrift bedeutet nicht etwa, daß entweder die Aktiengesellschaft oder die Mitglieder ihres Vorstandes bestraft werden könnnen, sondern sie besagt, daß die Vorstandsmitglieder an die Stelle der Aktiengesellschaft treten, weil letztere selbst nicht in Strafe genommen werden kann (vgl. Stier-Somlo, Kommentar zu § 912 Anm. 2). Danach war die Strafverfügung der Genossenschaft wegen eines erheblichen formellen Mangels aufzuheben.

Eine Aussetzung des Verfahrens, welche die Berufsgenossenschaft unter Hinweis auf eine von ihr an das Reichsversicherungsamt gerichtete Eingabe beantragt hat, erschien dem Oberversicherungsamt nicht angezeigt, da es die in der Eingabe vorgebrachten Gründe nicht für zutreffend halten kann. Es handelt sich nach Ansicht des Oberversicherungsamts bei Zuwiderhandlungen gegen die Unfallverhütungsvorschriften nicht um eine Gefährdungshaftung des Betriebes, sondern um gesetzliche Strafvorschriften, welche, wie es auch im § 912 RVO. deutlich zum Ausdruck gelangt, nur gegenüber physischen Personen, welche ein Verschulden trifft, angewandt werden können. Aber auch abgesehen hiervon kann keineswegs lediglich ein genossenschaftswidriges Verhalten angenommen werden, sondern die Allgemeinheit hat ein erhebliches Interesse daran, daß die Betriebe, in denen Arbeiter beschäftigt werden, so eingerichtet sind, daß ein auf Nachlässigkeit oder mangelhaften Einrichtungen beruhender Schaden an Leben und Gesundheit soweit irgendmöglich vermieden wird.

Zu vgl. Heine in ArbVers. 1918 Heft 13 S. 245. — Die Frage ist nicht nur für die Unfallversicherung im Hinblick auf §§ 912, 1045, 1222 RVO., sondern wegen der entsprechenden Vorschriften in §§ 536, 1493 RVO. und in § 343 AngestVersGes. auch für die anderen Zweige des sozialen Versicherungsrechts von Bedeutung.

Maß des Ersatzes bei Ansprüchen auf Grund des § 1542 RVO.

Urteil des **Kammergerichts** (10. Zivilsen.) in Berlin vom 10. November 1917 (10 U. 3955/16).

... Der Berufung mußte der Erfolg versagt werden. § 1542 der RVO. bestimmt: „Soweit die nach diesem Gesetz Versicherten nach anderen gesetzlichen Vorschriften Ersatz eines Schadens beanspruchen können, der ihnen durch ... Unfall ... erwachsen ist, geht der Anspruch auf die Träger der Versicherung insoweit über, als sie den Entschädigungsberechtigten nach diesem Gesetz Leistungen zu gewähren haben.“ Auf den Träger der Versicherung, im vorliegenden Falle auf die Klägerin (Krankenkasse), geht also der Anspruch des Sattlers W. soweit über, als W. selbst auf Grund des Reichshaftpflichtgesetzes Ersatz von der Beklagten beanspruchen kann. Nach § 3a des Reichshaftpflichtgesetzes kann aber W., was seine Heilungskosten anbetrifft, nur Ersatz der tatsächlich aufgewendeten Heilungskosten erstattet verlangen. Nur insoweit ist nach § 1542 RVO. kraft cessio legis der Anspruch des W. auf die Klägerin übergegangen. Wenn nun § 1542 RVO. im Absatz 2 weiter bestimmt: „Auf das Maß des Ersatzes für Krankenpflege und Krankenhauspflege sowie für Krankenbehandlung und Heilanstaltspflege ist § 1503 entsprechend anzuwenden“, und im § 1503 usw. im Abschnitt über die Beziehungen der Versicherungsträger untereinander angeordnet ist: „für Krankenpflege sind $^{3}/_{8}$ des Grundlohnes zu ersetzen, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt“, so kann nach Meinung des Senats, da auf die Klägerin nur der Anspruch W. auf Ersatz der tatsächlich aufgewendeten Heilungskosten kraft cessio legis übergegangen ist, mit der entsprechenden Anwendung des § 1503 nur gemeint sein, daß der Anspruch der Klägerin den im § 1503 angegebenen Betrag von $^{3}/_{8}$ des Grundlohnes nicht übersteigen darf, daß also als Höchstbetrag des auf die Klägerin übergegangenen Ersatzanspruchs ein Betrag gleich $^{3}/_{8}$ des Grundlohnes festgesetzt ist.

Geht man hiervon aus, so kann die Klägerin nur dasjenige erstattet verlangen, was sie selbst für Krankenpflege und Heilungskosten für den Sattler W. verwendet hat und muß diesen Betrag darlegen.

Anmerkung: Der Herr Einsender ersucht uns, unter Hinweis auf unsere Auskunft im Heft 11 S. 219 Ziff. 12, zu der vorstehenden Entscheidung Stellung zu nehmen. Er scheint also zu meinen, daß die Entscheidung mit jener Auskunft nicht vereinbar sei. Dies ist keineswegs der Fall; vielmehr entspricht die Entscheidung dem, was wir im letzten Punkt der Auskunft bemerkt haben und was an den dort bezeichneten Stellen näher ausgeführt ist. Es besteht auch nicht etwa ein Widerspruch zwischen diesem letzten und dem ersten Punkte der Auskunft. Die Sache liegt so: Bei Berechnung ihrer eigenen Aufwendungen, wegen deren sie sich an den schadenersatzpflichtigen Dritten hält, setzt die Kasse für Krankenpflege $^{3}/_{8}$ des Grundlohns an, und es kann ihr nicht entgegengehalten werden, daß ihr tatsächlicher Aufwand geringer gewesen sei. Zur Deckung dieses ihres Anspruchs überweist ihr das Gesetz (§ 1542 RVO.) den Schadenersatzanspruch des Versicherten gegen den Dritten. Dieser Dritte kann daher der Kasse niemals mehr schulden, als er dem verletzten Versicherten schuldete, und er schuldete ihm doch nur Ersatz des wirklich entstandenen Schadens, also, soweit es sich um Heilungskosten handelt, nur Ersatz des tatsächlich aufgewendeten Betrages. Das führt, wenn keine anderen Aufwendungen der Kasse als Heilungskosten in Frage stehen, allerdings dazu, daß die Kasse nachweisen muß, daß diese Kosten mindestens jenen Pauschbetrag von $^{3}/_{8}$ des Grundlohns erreichen; bleiben sie hinter diesem Betrage zurück, so fällt die Kasse mit einem Teil ihres Anspruchs aus. In Fällen dieser Art beschränkt sich die praktische Bedeutung der Pauschalierung allerdings darauf, daß die Kasse höchstens $^{3}/_{8}$ des Grundlohns als Er-

satz für Krankenpflege beanspruchen kann. Einen solchen Fall betrifft die vorstehende Entscheidung. Wenn es sich aber nicht bloß um Kosten der Krankenpflege, sondern auch um andere Aufwendungen der Kasse handelt, so kann die Pauschalierung nach § 1503 bei dem Ersatzanspruch aus § 1542 in ihrer doppelten Bedeutung, nämlich insofern sie sowohl den Nachweis höherer als auch den Nachweis geringerer Kosten ausschließt, wirksam werden. Wir teilen im folgenden mit, was in dieser Hinsicht Hahn in seinem Aufsatz „Das Maß des Ersatzes bei Ansprüchen der Kasse gegen einen Dritten (§ 1542 RVO.)" in der „Betriebskrankenkasse" 1918 S. 20 ff. ausführt:

„Die Krankenkasse stellt fest, was sie dem Versicherten geleistet hat und etwa noch zu leisten hat; hierbei setzt sie für Krankenpflege ³/₈ und im Falle der Krankenhauspflege für den Unterhalt weitere ⁴/₈ des Grundlohns an, während sie für alle anderen bereits gewährten und noch zu gewährenden Leistungen den wirklichen Aufwand einstellt. Der so errechnete Gesamtbetrag bildet den Gegenstand eines einheitlichen Ersatzanspruchs. „Insoweit", also in Höhe dieser Summe ist der Anspruch des Versicherten (oder seiner Hinterbliebenen) auf Schadenersatz gegen den Dritten auf die Kasse übergegangen, so daß sie sich unmittelbar an ihn halten kann. Es kommt nur noch darauf an, ob dieser Schadenersatzanspruch zur Deckung jener Summe ausreicht. Es ist also festzustellen, was der Verletzte von dem Dritten wegen der erlittenen Verletzung fordern konnte. Für diese Frage ist es ganz gleichgültig, daß der Verletzte zugleich ein nach der RVO. Versicherter ist; die Frage ist vielmehr ausschließlich nach den „anderen gesetzlichen Vorschriften", auf die § 1542 RVO. ausdrücklich verweist, zu beantworten. Bei vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung sind im allgemeinen die §§ 823, 842 ff. in Verbindung mit §§ 249 ff. BGB. für Art und Maß des Schadenersatzes bestimmend. Es kommen aber auch Schadenersatzansprüche vor, die ein Verschulden — Vorsatz oder Fahrlässigkeit — des Ersatzpflichtigen nicht voraussetzen, und für diese Fälle gelten besondere Vorschriften über die Schadensbemessung; so die §§ 1, 3, 4, 7 des Reichshaftpflichtgesetzes vom 7. 6. 71 (RGBl. S. 207) oder die §§ 10, 11, 12 des Reichsgesetzes über den Verkehr mit Kraftfahrzeugen (RGBl. S. 437). Keine der in Betracht kommenden Vorschriften sieht Pauschbeträge für die Kosten der Heilung vor. Wie daher der Verletzte selbst, wenn er seinen Schadenersatzanspruch gegen den Ersatzpflichtigen geltend machen will, den tatsächlichen Aufwand für Krankenpflege oder Krankenhauspflege nachweisen muß, so muß es auch der Versicherungsträger, wenn er auf Grund des gesetzlichen Übergangs nach § 1542 den Schadenersatz ganz oder teilweise für sich beansprucht. Er hat hiernach den Gesamtschaden des Verletzten zu ermitteln und hiermit seinen eigenen Gesamtaufwand, bei dessen Berechnung die Pauschsätze des § 1503 gelten, zu vergleichen. Bleibt der so berechnete Gesamtaufwand hinter dem Gesamtbetrage des Schadenersatzanspruchs zurück, so erhält der Versicherungsträger volle Deckung und der Rest des Schadenersatzanspruchs verbleibt dem Versicherten. Übersteigt der Gesamtaufwand des Versicherungsträgers den Gesamtbetrag des Schadens, so fällt der Versicherungsträger mit einem Teile des Ersatzes aus.

In sehr vielen Fällen wird der Schadenersatz, zu dem der Dritte verpflichtet ist, den Aufwand der Krankenkasse nicht unerheblich übersteigen. Denn das im Falle der Arbeitsunfähigkeit zu zahlende Krankengeld stellt (ebenso wie die Unfallrente) doch nur eine teilweise Schadloshaltung für den entgehenden (oder verminderten) Arbeitsverdienst dar, während die bürgerlich-rechtlichen Vorschriften über Schadenersatz auf volle Schadloshaltung für die Aufhebung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit abzielen; und ebenso wird das von der Kasse zu zahlende Sterbegeld oft hinter dem Betrage der dem Ersatzpflichtigen zur Last fallenden Kosten des Begräbnisses zurückbleiben. So kann und wird es nicht selten vorkommen, daß die Kasse in diesen Posten der Schadenersatzforderung des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen volle Deckung nicht nur für Kranken- und Sterbegeld, sondern auch für die nach § 1503 zu berechnenden Kosten der Krankenpflege findet. Dann ist sie, weil sie sich eben wegen ihrer einzelnen Aufwendungen nicht an bestimmte Teile der Schadenersatzforderung zu halten braucht, des Nachweises überhoben, wieviel die Krankenpflege tatsächlich gekostet hat. Es kann aber auch vorkommen, daß der Gesamtbetrag der Schadenersatzforderung des Verletzten wesentlich geringer ist, als der Aufwand der Kasse aus Anlaß des Schadensfalles. Dies wird namentlich dann zutreffen, wenn bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Verletzten wesentlich mitgewirkt hat; in solchen Fällen mindert sich die Ersatzpflicht des Dritten auf einen je nach den Umständen zu bemessenden Bruchteil des Gesamtschadens (§ 254 BGB.), und dann bildet dieser Bruchteil auch die Grenze für den auf den gesetzlichen Rechtsübergang gestützten Anspruch der Kasse (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 62 S. 148). Dann wird die Kasse, um volle oder doch eine möglichst weitreichende Deckung zu erlangen, um den Nachweis der wirklichen Kosten der Krankenpflege oder der Krankenhauspflege nicht herumkommen. Es ist zuzugeben, daß die Absicht des Gesetzes, Erörterungen über den wirklichen, im Einzelfall oft schwer oder doch nicht genau nachweisbaren Aufwand abzuschneiden, in Fällen der erwähnten Art verfehlt wird, wenn die Kasse zwar bei Berechnung ihres Aufwandes die Pauschbeträge aus § 1503 ansetzen darf, bei Ermittlung des von dem Dritten zu ersetzenden Schadens aber den wirklichen Aufwand für die Heilmaßnahmen nachweisen muß; dies ist aber nur die unabweisbare Folge davon, daß § 1542 für den Ersatzanspruch der Kasse die Form der Übertragung der Schadenersatzforderung des Verletzten gegen einen Dritten gewählt hat, und daß für diese Forderung nur die Vorschriften des bürgerlichen Rechts maßgebend sind. Einigermaßen gemildert wird das Mißliche dieser Rechtslage dadurch, daß den bürgerlichen Gerichten, bei denen solche Ansprüche geltend zu machen sind, bei der Abschätzung des entstandenen Schadens ein besonders weitgehendes freies Ermessen eingeräumt ist (§ 287 der ZPO.)."

Sind Vorentscheidungen des Vorsitzenden (§ 1657 RVO.) sofort vollstreckbar?

Beschluß des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 18. März 1918 (I B. K. 444/17).

Das Oberversicherungsamt konnte die Zwangsvollstreckung auf Grund der Vorentscheidung nicht für zulässig erachten. Nach § 130 RVO. bewirken Rechtsmittel einen Aufschub nur da, wo das Gesetz es vorschreibt. Aus dieser Bestimmung muß, da anderweite Vorschriften nicht gegeben sind, gefolgert werden, daß Rechtsmittel in der Regel keinen Aufschub bewirken, die durch ein Rechtsmittel ange-

fochtenen Entscheidungen also vollstreckbar sind, nicht aber die nach § 1657 erlassenen Vorentscheidungen, gegen welche ein Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt ist, welcher nicht als Rechtsmittel, sondern nur als Rechtsbehelf zu gelten hat, wie sich unter anderem aus den Kommissionsberatungen über diese Gesetzesvorschrift ergibt. Die Krankenkasse war daher auf Grund der Vorentscheidung noch nicht verpflichtet, den Betrag von 342 *M* zu zahlen. Diese Verpflichtung trat vielmehr erst mit Erlaß der Entscheidung durch das Kollegium des Beschlußausschusses vom 26. November 1917 ein.

Da es zweifelhaft war, ob der angefochtene Bescheid des Versicherungsamts von diesem als Aufsichtsbehörde über die Krankenkasse erlassen ist oder vielmehr als eine Verfügung innerhalb des Spruchverfahrens, ist diese Sache, in der es sich um eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung handelt, durch den Vorsitzenden der Beschlußkammer dieser überwiesen worden, so daß die Beschlußkammer, wenn nicht nach § 377 Abs. 2, doch nach § 1781 Abs. 2 RVO. zur Entscheidung zuständig ist.

Anmerkung: Im gleichen Sinne hat sich Wille in der Monatsschr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1915 Sp. 583 und 1916 Sp. 111 geäußert im Widerspruch mit den Ausführungen von Helms das. 1916 Sp. 110, die sich auf Erwägungen rechtlicher und praktischer Art gründen. Rechtlich erscheint die Frage recht zweifelhaft. Geringer erscheint uns das praktische Bedenken gegen die vom Oberversicherungsamt vertretene Auffassung, wenn man annimmt, daß die Vorentscheidung jedenfalls sofort vollstreckbar wird, sobald die mit ihrem Anspruch abgewiesene Partei von dem ihr im § 1658 RVO. eingeräumten Wahlrechte durch Einlegung des Rechtsmittels (statt des Antrags auf mündliche Verhandlung) Gebrauch macht.

B. Zur Krankenversicherung.

Vergütung für ärztliche Behandlung auswärtiger Kassenmitglieder.

Bescheid des Reichswirtschaftsamts vom 15. Mai 1918.

Wegen der in der Eingabe vom 29. 1. 18 zur Sprache gebrachten Übelstände bin ich mit den königlich preußischen Herren Ministern für Handel und Gewerbe und des Innern in Verbindung getreten. Im Einvernehmen mit diesen erwidere ich dem Verbande folgendes:

Da kein gesetzlicher Zwang für Ärzte besteht, bestimmte Kranke zu behandeln, so ist auch keine gesetzliche Handhabe gegeben, um die ärztliche Behandlung von Kassenkranken, die außerhalb ihres Kassenbezirks wohnen, durch Ärzte ihres Wohnortes zu erzwingen. Ebensowenig sind die Ärzte in solchen Fällen an die Mindestsätze der Gebührenordnung gebunden. Nur wenn ein Arzt die Behandlung ohne Vorbehalt ausgeführt hat, bemißt sich sein Anspruch nach diesen Mindestsätzen. Es bleibt daher zur Erzielung angemessener Behandlungsgebühren nur der Weg der freien Verständigung zwischen den beteiligten Kassen und Ärzten offen. Dabei dürfte es sich als Regel empfehlen, diese Verhandlungen der für den Wohnbezirk des auswärtigen Mitgliedes zuständigen Ortskrankenkasse zu überlassen und die Sache mit dieser nach §§ 219 ff. RVO. zu regeln. Es ist richtig, daß die jetzt in den Arztverträgen mancher Kassen enthaltene Bestimmung recht unerwünscht ist, welche den Ärzten erhöhte Vergütungen für die Behandlung von Kranken zubilligt, welche die Kasse nach der RVO. als Mitglieder anderer Kassen ärztlich zu versorgen verpflichtet ist. Bei bereits bestehenden Verträgen läßt sich hieran für die Dauer ihrer Geltung nichts ändern. Es wird aber möglichst darauf hinzuwirken sein, daß alle Kassen bei dem Abschluß neuer Arztverträge bemüht sind, die Gleichstellung dieser Kranken mit den eignen Mitgliedern zu erwirken. Hierzu werden sich die Kassen in Beachtung der Gemeinsamkeit ihrer Interessen überall bereit finden lassen. Wo dabei auf den Widerstand der beteiligten Ärzte gestoßen wird, wird sich den Kassen Gelegenheit bieten, eine Entscheidung der Schiedsämter des Berliner Abkommens darüber herbeizuführen, ob eine derartige Vertragsbestimmung als angemessene Bedingung im Sinne der Nr. 5 des Abkommens anzusehen ist.

Die Frage der Angemessenheit der dabei von den Kassen untereinander zu erstattenden Pauschsätze ist anläßlich der Erhöhung der Grundlöhne gemäß § 1 der Bekanntmachung vom 22. 11. 17 auch anderweit bereits angeregt worden. Es schweben in dieser Beziehung augenblicklich Erhebungen über die im Durchschnitt tatsächlich aufgewendeten Kosten für Krankenpflege. Nach deren Abschluß wird der Frage nähergetreten werden können, ob eine Änderung der gesetzlichen Pauschbeträge, namentlich der in § 222 RVO. vorgesehenen drei Achtel des Grundlohns für Krankenpflege angezeigt ist.

Auskunftspflicht der Angestellten einer Betriebskrankenkasse gegenüber dem Arbeitgeber.

Bescheid des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom ? — G. 590/18).

Nach gesetzlicher Vorschrift (§ 338 RVO.) ist der Arbeitgeber Mitglied und Vorsitzender des Vorstandes der Betriebskrankenkassen. Er ist berechtigt, sich in den Geschäften des Vorsitzenden vertreten zu lassen, kann aber jederzeit selbst in den Vorstand eintreten oder einen anderen Bevollmächtigten bestellen (vgl. Hahn, Handb. der KrVers.

zu § 338 RVO. Anm. 2). Er muß deshalb auch als befugt gelten, von allen Kassengeschäften und Vorgängen Kenntnis zu nehmen, und kann von seinem Vertreter im Vorstande sowie von den Angestellten der Kasse, die er nach § 362 RVO. auf seine Kosten und Verantwortung bestellt, verlangen, daß sie ihm jede Auskunft in Kassenangelegenheiten erteilen.

Der Vorsitzende einer Betriebskrankenkasse sowie deren Angestellte handeln deshalb keineswegs unbefugt, wenn sie dem Arbeitgeber, im vorliegenden Falle dem Direktor der P. Fabrik, über Dauer und Art von Krankheiten der Versicherten Mitteilung machen. Nach Hahn a. a. O. Anm. 3 am Ende zu § 141 RVO. ist es selbstverständlich, daß Mitteilungen der Angestellten an den Vorstand nicht als unbefugte anzusehen sind.

Dieser Bescheid ergeht vorbehaltlich einer etwaigen instanziellen Entscheidung des Oberversicherungsamts.

Berücksichtigung der Sonntagsarbeit bei der Beitragsberechnung.

Bescheid des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 22. Mai 1918 (B. K. 165/18).

Das Oberversicherungsamt hat zwar seinerzeit auch solche Satzungsvorschriften genehmigt, nach welchen Kassenbeiträge ohne Rücksicht auf die tatsächlichen Arbeitstage erhoben werden konnten. Die Rechtslage war beim Fehlen einer genauen Vorschrift in der Reichsversicherungsordnung unsicher und ist erst durch die grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2213 Amtl. Nachr. 1916 S. 553 endgültig geklärt worden. Aus dieser Entscheidung, nach welcher Beiträge nur für die Arbeitstage, also nicht für arbeitsfreie Tage erhoben werden dürfen, folgert das Oberversicherungsamt, daß nunmehr auch die Beiträge in diesem Umfange erhoben werden müssen und Sonntage, an denen tatsächlich gearbeitet wird, nicht nach Belieben der Kassenorgane beitragsfrei bleiben dürfen.

Gleichwohl erscheint die in dem Schreiben des Oberversicherungsamts vom 4. v. Mts. angeregte Satzungsänderung nicht notwendig, da nach der dortigen Angabe bei der Krankenkasse Mitglieder, die regelmäßig jeden Sonntag arbeiten, im allgemeinen nicht vorhanden sind, der Dienst vielmehr nach einem wöchentlichen Leistungsmaß festgesetzt wird, dem eine Beitragsberechnung für 6 Tage im Durchschnitt — und um einen solchen handelt es sich nur — gerecht werden dürfte.

Sprechsaal.

Anstaltspflege für Wöchnerinnen.

Die meisten Krankenkassen haben im Anschlusse an die Bestimmungen bezüglich Gewährung der Wochenhilfe nach § 195 RVO. eine dem Wortlaute des § 196 a. a. O. entsprechende Bestimmung in die Satzung aufgenommen. Eine praktische Bedeutung wird diese Satzungsbestimmung aber nur in ganz seltenen Fällen haben, weil die wenigsten Krankenkassen in der Lage sein werden, ihren Mitgliedern Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim oder einer sonstigen Anstalt, oder Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen zu gewähren.

Während letztere Maßnahme sich insbesondere auf dem Lande nur schwer durchführen ließe, stünden der Gewährung von Kur und Verpflegung in einer Anstalt an sich keine besonderen Schwierigkeiten entgegen. Die diesbezüglichen Bestrebungen der Krankenkassen werden jedoch beim Fehlen von Wöchnerinnenheimen oder eigenen Krankenhäusern leider von vornherein an dem ablehnenden Verhalten der Distrikts- und Stadtgemeinden als Besitzer der öffentlichen Krankenhäuser scheitern müssen.

Die Gewährung von Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim kommt nur an Kassenmitglieder an Stelle des satzungsmäßigen Wochengeldes in Frage. Gerade für die ledigen Wöchnerinnen aber wären Kur und Verpflegung in einer Anstalt in den meisten Fällen notwendig, weil diese oft nicht wissen, wohin sie sich in den schweren Stunden wenden sollen. Gilt dies schon für die in Städten oder nahebei wohnenden Wöchnerinnen, wieviel mehr aber trifft dies zu bei Wöchnerinnen auf dem Lande! Im Hinblick auf die derzeitigen Bestrebungen auf diesem Gebiete wäre daher eine einheitliche Stellungnahme der Krankenkassen im Interesse ihrer weiblichen Mitglieder zweckmäßig und sehr zu begrüßen. Das nicht wünschenswerte Eingreifen des Armenverbandes könnte hierdurch fast durchwegs für die Kassenmitglieder vermieden werden. Die allenfalls entstehenden Mehrausgaben dürften im Interesse der Allgemeinheit nicht allzusehr ins Gewicht fallen.

Die Stellungnahme der Besitzer öffentlicher Krankenhäuser ist zwar verständlich, aber wie sich aus folgendem ergibt, nicht gerechtfertigt. Nach § 29 des Unterstützungswohnsitzgesetzes ist Schwangerschaft an sich nicht als eine Krankheit anzusehen. Wird durch die Schwangerschaft aber Hilfsbedürftigkeit hervorgerufen, — was doch meist der Fall sein dürfte — so hat der Ortsarmenverband des Aufenthaltsortes Unterstützung zu gewähren. Hilfsbedürftig ist, wer sich mangels eigener Mittel und Kräfte den Notbedarf nicht beschaffen und auch anderweitig nicht erlangen kann. Der Notbedarf besteht in dem, was zur Erhaltung des Lebens und der Gesundheit unentbehrlich ist. Die Ursache der Hilfsbedürftigkeit ist belanglos. Der Notbedarf umfaßt den erforderlichen Lebensunterhalt, insbesonders Obdach, Nahrung, Kleidung und Pflege, sowie die erforderliche Krankenhilfe. Soweit nötig ist die öffentliche Unterstützung durch Unterbringung in einer Anstalt zu gewähren. Solche Anstalten sind u. a. auch die öffentlichen Krankenhäuser.

Unter Krankenhilfe ist außer der ärztlichen Behandlung auch Geburtshilfe zu verstehen. Daß viele Wöchnerinnen hiernach als „hilfsbedürftig" zu erachten sind, liegt auf der Hand; die erforderliche Krankenhilfe werden sie zwar von der zuständigen Krankenkasse gewährt erhalten, die unter Umständen noch notwendigere Unterbringung in einer Anstalt wird mit wenigen Ausnahmen unterbleiben müssen.

Die Folge hiervon ist, daß sich die Wöchnerinnen an den zuständigen Armenrat wenden müssen, nachdem die Krankenkassen nicht ohne weiteres in der Lage sein werden, die ihnen in der Satzung meist als freiwillige Mehrleistung in Aussicht gestellte Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim zu gewähren. Der Kundige weiß, wie die Fürsorge durch den Armenverband in solchen Fällen meist aussieht. — Die zur Entbindung beigezogene Hebamme wird sich nur, soweit dringend notwendig, um Mutter und Kind kümmern, von der in solchen Fällen notwendigen „aufmerksamen Wartung und Pflege" gar nicht zu reden.

Für die Krankenkassen eröffnet sich hier ein weites Feld sozialer Fürsorge. Der erste Schritt hierzu wird die unbeschränkte Gewährung von Hebammendiensten und ärztlicher Behandlung, die vor oder bei der Entbindung nötig werden, sein müssen. Diesbezügliche Verträge mit den Hebammen und Ärzten des Kassenbereiches sind daher anzustreben. Soweit solche bestehen, haben sie sich zur allseitigen Zufriedenheit bewährt. Aber auch die Armenverbände werden diesem Bestreben der Krankenkassen nicht untätig oder ablehnend gegenüberstehen dürfen, denn wenn es den Krankenkassen gemeinsam mit ihnen gelingt, den ablehnenden Standpunkt der Besitzer öffentlicher Krankenhäuser zu brechen, so werden sie durch die freiwilligen Mehrleistungen der Krankenkassen nicht unbedeutend entlastet.

J. Eibl, Kassenverwalter in Passau.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das Reichsversicherungsamt im Jahre 1917.

(Schluß.)

B. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

1. Verwaltung. — Bis zum 31. Dezember 1917 wurden überhaupt 4 199 672 Renten festgesetzt. Davon entfallen auf die 31 Versicherungsanstalten 3 941 701 und auf die 10 Sonderanstalten 257 971. In den letzten Jahren verminderte sich die Zahl der festgesetzten Renten von 414 885 im Jahre 1916 auf 368 783 im Jahre 1917. Im einzelnen verringerte sich die Zahl der festgesetzten Invalidenrenten von 107 808 auf 103 193, Krankenrenten von 83 399 auf 79 834, Altersrenten von 96 705 auf 72 705, Waisenrenten von 112 671, Zusatzrenten von 57 auf 56. Vermehrt haben sich nur die Witwenrenten, und zwar von 14 245 auf 16 766. Die laufenden Renten vermehrten sich von insgesamt 1 578 856 im Jahre 1916 auf 1 706 361 im Jahre 1917. Diese Vermehrung ist hauptsächlich auf die Altersrenten und Waisenrenten zurückzuführen; die Zahl der Invalidenrenten verminderte sich sogar um rund 30 000. Am Schlusse des Jahres 1917 liefen 1 001 330 Invalidenrenten, 74 353 Krankenrenten, 215 077 Altersrenten, 54 360 Witwenrenten, 2049 Witwenkrankenrenten, 359 060 Waisenrenten für Waisenstämme und 132 Zusatzrenten. An einmaligen Leistungen wurden im Jahre 1917 festgesetzt 32 482 Witwengelder und 3589 Waisenaussteuern.

Die Leistungen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind im Jahre 1916 auf 294 Mill. Mk. gestiegen. Insgesamt sind bis Ende 1916 an Entschädigungen 3476 Mill. Mk. gezahlt worden. Von der Gesamtsumme des Jahres 1916 entfallen 210 Mill. Mk. auf die Versicherungsträger und 84 Mill. Mk. auf das Reich. Rund zwei Drittel der Aufwendungen entfallen auf Invalidenrenten.

Die Einnahme aus Beiträgen betrug im Jahre 1917 bei den Versicherungsanstalten 226 Mill. Mark gegen 202 Mill. Mk. im Jahre 1916. Die Zunahme hauptsächlich auf der Erhöhung des Wochenbeitrags in allen fünf Lohnklassen um 2 ₰. Das Vermögen aller Versicherungsträger belief sich am Schlusse des Jahres 1915 auf 2354 Mill. Mk., es erhöhte sich zum Schlusse des Jahres 1916 auf 2428 Mill. Mk. Im Jahre 1917 trat eine weitere Steigerung ein. Ein lediglich buchmäßig abgesonderter Bestandteil des Vermögens ist das Gemeinvermögen der Versicherungsträger. Es dient zur Deckung der Gemeinlast, d. h. des von allen Versicherungsträgern gemeinsam aufzubringenden Teils der Zahlungen (§ 1396 RVO.). Der Bestand des Gemeinvermögens betrug Ende 1916 rund 252 Mill. Mk.

Die Gesuche an das Reichsversicherungsamt außerhalb des Rechtsmittelzuges waren auch im Jahre 1917 zahlreich; sie betrafen zusammen 824 Sachen. Das Heilverfahren (§ 1269 RVO.) fand im Jahre 1916 wieder eine größere Anwendung. Insgesamt wurden 95 760 Versicherte mit einem Gesamtkostenaufwand von 21 Mill. Mk. behandelt. Unter den Heilverfahren befinden sich 44 902 nicht ständige. Der Zahl nach waren am umfangreichsten die Zahnheilverfahren, die in 42 352 Fällen durchgeführt wurden. In Lungenheilstätten wurden 28 149 Personen mit einem Kostenaufwand von 12 615 446 ℳ untergebracht. Von dem Gesamtkostenaufwand sind 4 588 032 ℳ durch andere Versicherungsträger, Gemeinden usw. ersetzt worden. In den letzten 20 Jahren sind im ganzen 1 460 359 Versicherte mit einem Aufwand von rund 339 Mill. Mk. in Heilbehandlung genommen worden. Das Amt war bemüht, auf die Sicherstellung der Ernährung der Kranken in den Heilanstalten hinzuwirken. Den Landesversicherungsanstalten ist nahegelegt worden, sich an dem weiteren Ausbau des Fürsorgestellenwesens für Lungenkranke im Rahmen des § 1274 RVO. zu beteiligen. Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten ist erfolgreich weitergeführt worden. Ende 1917 waren 96 Beratungsstellen im Betrieb. Am 7. Mai 1917 hat das preußische Kriegsministerium einen neuen Erlaß über die Be-

kämpfung der Geschlechtskrankheiten herausgegeben, der wiederum vorsieht, daß bei der Entlassung Versicherungspflichtiger aus dem Heere mit ihrem Einverständnisse der zuständigen Landesversicherungsanstalt zwecks weiterer Heilfürsorge Kenntnis von der überstandenen Erkrankung zu geben ist. Das Einverständnis ist durch ärztliche Belehrung anzustreben. Jeder geschlechtskrank gewesene Heeresangehöriger erhält ein Merkblatt „Ein guter Rat". Der Runderlaß des Reichsversicherungsamts vom 6. November 1916, wonach zugunsten der Wohnungsfürsorge auch Aufwendungen aus § 1274 RVO., also Kapitalbeihilfen ohne Anspruch auf Rückgewähr, in mäßigem Umfange als zulässig erklärt sind, äußerte bereits seine Wirkungen. Einige Versicherungsanstalten haben schon solche Beihilfen bewilligt.

Die Zahl der Beitrags-Überwachungsbeamten bei den Versicherungsanstalten haben sich von 472 im Vor- auf 453 im Berichtsjahr vermindert. Im Aufsichtsbezirk des Reichsversicherungsamts sind im Jahre 1916 rund 2,45 Millionen (gegen 2,08 im Vorjahr) Versicherte überwacht worden. — Die Fürsorge für tuberkulöse oder tuberkulosebedrohte Kinder (Empfänger von Waisenrenten und Kinder von noch lebenden Versicherten) ist ausgebaut worden. Durch einen Runderlaß vom 15. März 1917 hat das Reichsversicherungsamt den Landesversicherungsanstalten eine Unterstützung der Maßnahmen für einen Landaufenthalt von Kindern der städtischen und der Industriebevölkerung empfohlen. — Zur Anlegung von Anstaltsmitteln unter Überschreitung der Grenze der Mündelsicherheit ist im Berichtsjahr gemäß §§ 1356, 1357 RVO. die Genehmigung für Beträge in der Gesamthöhe von 5 925 575 *M* erteilt worden. Hiervon waren 4 491 000 *M* als Darlehen für gemeinnützige Zwecke, insbesondere für den Bau von Arbeiterwohnungen, in Aussicht genommen. Dazu kommen die gleichen Anlagen in Höhe von 5,8 Mill. Mk., die von den Landesversicherungsämtern genehmigt wurden. — Der Gesamtbetrag der von den Versicherungsträgern bis zum 31. Dezember 1917 für gemeinnützige Zwecke aufgewendet wurde, beläuft sich auf 1 492 162 406 *M*, das sind 57 Mill. Mk. mehr als im Vorjahr. Von der Gesamtsumme entfallen auf die Arbeitswohnungsfürsorge überhaupt 572 Mill. Mk., auf die Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses 135 Mill. Mk., auf den Bau von Kranken- und Genesungshäusern 154 Mill. Mk., auf die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege 202 Mill. Mk. usw. — Die Rechnungsstelle des Amtes hatte verschiedene neue Arbeiten auszuführen, so die Aufstellung von Tabellen über die Mindestzahl der von Altersrentenanwärtern nachzuweisenden Beitragswochen usw.

2. Rechtsprechung. — Die Zahl der berufungsfähigen Bescheide in Invaliden- und Altersrentensachen hat sich erheblich vermehrt, und zwar von 152 521 im Jahre 1915 auf 326 249 im Jahre 1916 und 313 164 im Jahre 1917. Die Bescheide für Hinterbliebenenbezüge verminderten sich in denselben Zeiten von 203 762 auf 178 796 und 178 141. Auf die Invaliden- und Krankenrentensachen entfielen im Jahre 1917 allein 233 332 Bescheide, auf die Altersrentensachen 79 832, auf die Witwenrentensachen 22806, Waisenrenten 116 705 usw. Eine recht bedenkliche Zunahme haben die Rentenentziehungsbescheide gefunden. Allein in Invalidenrentensachen vermehrten sie sich von 4343 im Jahre 1915 auf 12 029 im Jahre 1916 und 29 186 im Jahre 1917. Die Entziehungsbescheide in Witwenrentensachen nahmen in den gleichen Zeiten von 127 auf 220 und 461 zu. Die Zahl der erteilten Anwartschaftsbescheide (§ 1743 RVO.) betrug im Berichtsjahr 42 050.

Über die Zahl usw. der Berufungen in Invaliden- und Hinterbliebenensachen an die Oberversicherungsämter sind Angaben ebenfalls nicht vorhanden. Die Revisionen vermehrten sich und zwar von 2026 im Jahre 1916 auf 2200 im Jahre 1917. Die Zunahme ist lediglich auf Revisionen der Versicherten zurückzuführen. Die der Versicherungsträger verminderten sich sogar von 225 auf 194. In 78,3 v. H. der Fälle betraf im Berichtsjahr die Revision Invalidenrentensachen, in 7,1 v. H. Alters- und in 14,5 v. H. Hinterbliebenenrentensachen. Von den zu bearbeitenden Sachen, die sich von 2922 auf 3163 vermehrten, wurden im Berichtsjahr 2320 (gegen 1959 im Jahre 1916), also 18,4 v. H. mehr erledigt. In mehr wie der Hälfte der Revisionen drehte sich der Streit darum, ob Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliegt, sodann in 363 Fällen um die Erfüllung der Wartezeit, 165 Fällen um eine etwaige Veränderung im Sinne des § 1304 RVO. usw. In 149 Sitzungen der Revisionssenate fanden mündliche Verhandlungen über 2145 Streitsachen statt. Versicherte waren in den Sitzungen in 2 Fällen durch Rechtsanwälte und in 43 Fällen durch Verbands- oder Arbeitersekretäre vertreten. — In Beschlußsachen gingen 27 neue Anträge auf Entscheidung gemäß § 1459 Abs. 2 RVO. ein. Die meisten erledigten sich durch Zurücknahme, Abgabe an andere Behörden usw. Im Beschlußsenat ergingen 6 Entscheidungen, Beitragserstattungssachen wurden im Berichtsjahr 75 anhängig.

C. Krankenversicherungssachen.

1. Verwaltung. — Der Präsident und verschiedene Mitglieder des Amtes nahmen an einigen Tagungen der Krankenkassenverbände teil. Auch im Berichtsjahr erschien es angezeigt, vor der Entscheidung zweifelhafter Rechtsfragen die Ansicht der durch die Kassenverbände vertretenen Praxis kennen zu lernen. Sie wurden daher mehrfach gehört. Dem Reichsversicherungsamt gingen wiederum zahlreiche Anfragen namentlich wegen der Versicherungspflicht und wegen der Kriegswochenhilfe zu, deren sachliche Beantwortung in vielen Fällen wegen Unzuständigkeit unterbleiben mußte.

2. Rechtsprechung. — Der Beschlußsenat hielt 13 Sitzungen ab, in denen 84 Krankenversicherungssachen entschieden wurden. In 3 Fällen fand eine mündliche Verhandlung statt. In 5 Fällen wurde die Beschwerde vom Vorsitzenden als unzulässig oder verspätet verworfen. Weitere 20 Sachen erledigten sich durch Zurücknahme, Zurückgabe an das Oberversicherungsamt usw. Von den 84 erledigten Sachen waren 34 erfolgreich, während 35 zurückgewiesen, 11 als unzulässig verworfen, 4 an das Oberversicherungsamt gegeben wurden usw.

Im Spruchverfahren gingen 200 Revisionen ein (gegen 276 im Jahre 1916). Das Rechtsmittel wurde eingelegt von den Versicherten in 131, von Krankenkassen in 67, von Gemeinden und sonstigen Berechtigten in 2 Fällen. Durch Urteil wurden 188 Revisionen erledigt, und zwar zurückgewiesen 114, für berechtigt anerkannt 22. In 52 Fällen wurde auf Zurückverweisung an die Vorinstanz erkannt, durch Verfügung, Zurücknahme usw. wurden 21 Revisionen erledigt. Revisionen über Erstattungs- und

Ersatzansprüche aus der Krankenversicherung (§ 1778 RVO.) gingen 72 ein. Mit den aus den Vorjahren übernommenen waren 121 solcher Revisionen zu entscheiden. Durch Urteil wurden 93 erledigt, und zwar 56 zurückgewiesen, 18 anerkannt, 19 an die Vorinstanz gegeben usw. Zur Erledigung aller der Revisionen fanden 37 Spruchsitzungen statt, in denen über 291 Fälle mündlich verhandelt wurde. In 7 Fällen waren Versicherte durch Verbands- oder Arbeitersekretäre vertreten.

Verteilung der Mitglieder der Allgem. Ortskrankenkasse der Stadt Berlin nach Alter und Lohnstufen (1917).

Das Kaiserliche Statistische Amt gibt auf Grund von handschriftlichen Mitteilungen, die ihm die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin zur Verfügung gestellt hat, im „Reichsarbeitsblatt" ein Bild von der Verteilung ihrer männlichen und weiblichen Mitglieder nach Altersklassen und Lohnstufen.

Im Verlaufe des Jahres 1917 ist die Gesamtzahl der männlichen Mitglieder von 118 901 im Januar auf 111 164 im Dezember zurückgegangen, während die Zahl der weiblichen Beschäftigten von 274 600 auf 286 977 sich erhöht hat. Am 1. Dezember 1917 waren also zweiundeinhalbmal soviel Arbeiterinnen Kassenmitglieder wie Männer. Das Verhältnis war allerdings auch schon zu Beginn des zweiten Kriegsjahres, am 1. August 1915, so, daß fast 2 weibliche Beschäftigte auf je einen Mann kamen (264 726 Frauen und Mädchen gegenüber 144 311 männliche Arbeiter). Immerhin ist die Bedeutung der Frauenarbeit auch während des Jahres 1917 weiter gewachsen. Zu beachten ist, daß die Zunahme der weiblichen Kassenmitgliederzahl den dauernden Rückgang der Männer übertraf.

Die während des Krieges eingetretene Umschichtung in der Arbeiterschaft, die eine stärkere Entwicklung des Anteils der jugendlichen wie der alten männlichen Arbeiter und vor allem der Arbeiterinnenschaft, überhaupt der ungelernten Arbeitskräfte auf Kosten des alten Kernes der Arbeiterschaft, der männlichen Arbeiter in der Vollkraft der Jahre wie des gelernten Arbeiterstammes mit sich brachte, läßt sich zum Teil aus den Angaben über die Verteilung der Mitglieder nach Altersklassen veranschaulichen. Danach waren von den männlichen Mitgliedern im Januar 1915 21,9 v. H. unter 20 Jahre alt und 12,3 v. H. 50 Jahre und darüber alt, während der Anteil dieser jüngsten und ältesten Mitgliederschichten im Januar 1917 auf 26,2 bzw. 17,8 v. H. gestiegen war. Im Verlaufe des Jahres 1917 zeigt sich eine Zunahme für die noch nicht 16jährigen (von 4,5 im Januar auf 9,6 v. H. im Dezember), während die mehr als 50 Jahre alten, abgesehen von einigen Schwankungen, im wesentlichen den gleichen Anteil, den sie im Januar 1917 erreicht hatten, aufrecht erhielten.

Ein gewisser mittelbarer Rückschluß ist, wenn die Verteilung der Krankenkassenmitglieder nach den unterschiedenen sieben Lohnstufen — Tagesverdienst über 5,15 M, von 4,16 bis 5,15 M, von 3,16 bis 4,15 M, von 2,16 bis 3,15 M, von 1,16 bis 2,15 M, bis 1,15 M und Lehrlinge ohne Entgelt — ins Auge gefaßt wird, auf die Gestaltung der Jugendlichenarbeit an der Hand der beiden untersten Lohnklassen möglich, die einen Tagesverdienst von weniger als 1,15 M bzw. Lehrlinge ohne Entgelt umfassen. Während im August 1915 9,6 v. H. aller männlichen Mitglieder diesen beiden untersten Lohnstufen angehörten, war der Anteil bis Dezember 1916 auf 13,3 v. H. gestiegen. Im Verlaufe des Jahres 1917 ist die Steigerung dieser in der Hauptsache Jugendliche umfassenden beiden niedrigsten Lohnstufen der männlichen Kassenmitgliederschaft nicht mehr so erheblich ausgefallen. Immerhin ist die Besetzung von 13,5 auf 14,7 v. H. bis zum 1. Dezember 1917 gestiegen. Die Lohnstufen von 2,16—4,15 M lassen, abgesehen von einer unwesentlichen Ausnahme im Februar, eine nur in den Sommermonaten Juli-August unterbrochene Abnahmebewegung erkennen.

Die beiden obersten Lohnstufen aber, die einen Tagesverdienst von 4,16 M und darüber umfassen, zeigen dafür eine geringe Zunahme, obwohl im einzelnen verschiedentlich Schwankungen hervortraten. Im Januar 1917 waren 47,0 v. H. aller männlichen Mitglieder in diesen beiden höchsten Lohnstufen versichert. Gegen Ende des Jahres, am 1. Dezember 1917, betrug der Anteil 47,2, er hatte im April 47,9 erreicht, war dann aber bis zum August hin auf 46,5 gesunken, um bis zum Oktober wieder auf 47,3 zu steigen. Der Rückgang im November 1917 auf 46,7 wird durch das Ansteigen im Dezember fast völlig wieder ausgeglichen. Im einzelnen ist die höchste Lohnstufe (5,15 M und darüber) von 25,1 auf 25,9 v. H. im Dezember angestiegen. In der Zeit vom April bis Juni 1917 war allerdings ein Anteil von etwas größerer Höhe (26,1 v. H.) überschritten worden. Gegenüber dem Vorjahr ist die Lohnklassenverteilung nicht als wesentlich günstiger anzusprechen, wenngleich nicht außer acht gelassen werden darf, daß eine geringe weitere Verbesserung vor sich ging. Bei Beurteilung dieses Ergebnisses muß berücksichtigt werden, daß die Umschichtung der Arbeiterschaft in der Kriegszeit in bezug auf Alter, Geschlecht und Berufseignung sich auch im Jahre 1917 ebenso wie 1916 fortgesetzt hat, und daß eine solche Umschichtung auf eine Verringerung der Besetzung der höchsten Lohnklassen hinwirkt; insbesondere muß aber im Auge behalten werden, daß bei den Berliner Kassenmitgliedern, wie sie hier betrachtet werden, das Hauptgewicht bei der weiblichen Mitgliederschaft ruht.

Eine Betrachtung der Berufsgruppen zeigt, daß die Lohnverteilung bei den Männern auch im Laufe des Jahres 1917 in einzelnen wichtigen Berufszweigen sich recht beträchtlich verbessert hat und daß diese günstigere Gestaltung der Verhältnisse nur durch eine im Vergleich mit dem Vorjahr ungünstigere Lohnverteilung verschleiert wird, wie sie sich für das auf die halbe Männerzahl beschränkte Bekleidungsgewerbe bemerkbar macht. Namentlich in der Maschinenindustrie ist eine Erhöhung der Besetzung der obersten Lohnstufe von 5,15 M und darüber zu erkennen (von 48,6 v. H. im Januar 1917 auf 54,2 v. H. im Oktober). Im Januar 1916 hatten 43 v. H. der beschäftigten Männer einen Tagesverdienst von mehr als 5,15 M angegeben, während ein Jahr danach, am 1. Januar 1917, der Anteil auf 48,6 gestiegen ist. Noch größer ist der Unterschied im April: hier steht einer Ziffer von etwas über zwei Fünfteln, (41,6 v. H.) ein Anteil von mehr als der Hälfte, (51,4 v. H.) gegenüber. Bis zum Oktober 1917 stieg die Besetzung der höchsten Lohnstufe auf 54,2 v. H. (gegen 45,9 ein Jahr zuvor).

Für die weiblichen Mitglieder, die, wie bereits hervorgehoben worden ist, zahlenmäßig die ausschlaggebende Rolle spielen, tritt wesentlich deutlicher als bei den Männern eine Verschiebung der Mitgliederverteilung zugunsten der drei obersten Lohnstufen von

3,16 ℳ und darüber hervor. Im Januar 1917 hatten 16,9 v. H. aller Frauen und Mädchen einen 3,16 ℳ übersteigenden Tagesverdienst. Bis zum Dezember hin stieg der Anteil auf 24,5, also auf fast ein Viertel. Die anfangs am stärksten besetzte Stufe von 1,16—2,15 ℳ ging im Verlaufe des Jahres 1917 von 36,7 auf 31,9 v. H. zurück. Im Jahre zuvor waren im 1. Viertel sogar zwei Fünftel aller weiblichen Kassenmitglieder in dieser Lohnstufe von 1,16 bis 2,15 ℳ zu finden, während in den drei obersten Lohnstufen nur ein Anteil von 13,3 (bzw. im April 13,6 v. H.) zu verzeichnen gewesen war. Zu Beginn des zweiten Kriegsjahres hatten etwa ein Achtel (12,3 v. H.) der beschäftigten Frauen und Mädchen einen Tagesverdienst von mehr als 3,16 ℳ, während die Lohnklasse 1.16—2,15 ℳ eine Besetzung von mehr als zwei Fünfteln aufwies. (42,1 v. H.). Das Wachsen der höchsten Lohnstufen auf fast ein Viertel unter Herabdrücken der niederen Gruppen (1,16 bis 2,15 ℳ) auf weniger als ein Drittel, wie es sich bis zum 1. Dezember 1917 vollzog, ist also recht beträchtlich.

Die Wohnungsfürsorge der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Nach dem Voranschlag für das Kalenderjahr 1918 erwartet die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte an Mitteln zu neuer Kapitalsanlage rund 138 Millionen Mark. Bis zur Aufnahme der vollen Rentenzahlung, die nach Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 10 Jahren am 31. Dezember 1922 erfolgt, wird der Anlagenbestand mindestens 1¼ Milliarde Mark betragen. Nach den Beschlüssen des Direktoriums und des Verwaltungsrats soll diese Kapitalansammlung der Reichsversicherungsanstalt künftig in größerem Maße, als es während der mit dem Krieg zusammenfallenden Entwicklungsjahre der Anstalt möglich war, dem Wohnungsmarkt nutzbar gemacht werden. Um der Reichsversicherungsanstalt die Durchführung der einzelnen Geschäfte, die die beabsichtigte Kreditgewährung für Wohnungszwecke zum Gegenstand haben, abzunehmen, ist die Gründung der Gemeinnützigen Aktiengesellschaft für Angestellten-Heimstätten unter dem Beistand der Reichsversicherungsanstalt in Aussicht genommen. Als Generaldirektor dieser Gesellschaft ist der Geheime Regierungsrat Koska, der frühere Dezernent für das Siedlungswesen im Ministerium des Innern, bestimmt worden. Die Gesellschaft hat insbesondere auch die Aufgabe, Gemeinden, Gemeindeverbänden oder von diesen gegründeten gemeinnützigen Gesellschaften Darlehen zur Förderung des Wohnungsbaues zu verschaffen. Nach dem Arbeitsplan der Aktiengesellschaft für Angestellten-Heimstätten soll die Reihenfolge der durch die Gesellschaft vermittelten Kreditgewährungen insbesondere davon abhängig sein, ob und inwieweit sich die Darlehn suchenden Korporationen am Erwerb der Aktien oder Schuldverschreibungen beteiligt haben. Allen Gemeinden, die Siedelungsprojekte verfolgen, ist daher zu empfehlen, sich der Gemeinnützigen Aktiengesellschaft für Angestellten-Heimstätten durch Erwerb von Aktien anzuschließen. Die Aktien lauten auf den Namen und auf einen Betrag von mindestens 1000 ℳ. Auf jede Aktie sind 50 v. H. des Nennwertes bar einzuzahlen. Im Aufsichtsrat der Aktiengesellschaft wird die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte einen Vertreter mit Sitz und Stimme haben. In der Generalversammlung gewährt jede Aktie zu 1000 ℳ eine Stimme. Der jährliche Reingewinn wird nach Überweisung eines mindestens den zehnten Teil des Reingewinns ausmachenden Betrages an den Reservefonds zunächst dazu verwandt, an die Aktionäre einen Gewinnanteil auszuzahlen, der im 1. bis 5. Geschäftsjahr 5 v. H. nicht übersteigen darf. Mit der Beteiligung an der Aktiengesellschaft werden sich die Gemeindekörperschaften der Berliner Vororte bereits in nächster Zeit beschäftigen, um die Beziehungen zu einem derartig leistungsfähigen Geldgeber, wie ihn die Reichsversicherungsanstalt darstellt, möglichst bald herzustellen, zumal das Kreditbedürfnis für Wohnungszwecke in erheblichem Umfange hervortreten wird.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Behandlung durch Zahntechniker; Schadenshaftung der Krankenkasse.

1. **Nach D.** Antwort: Im Gegensatz zum § 122 RVO., der sich auf Hilfeleistungen in gewissen Grenzen bezieht, betreffen die beiden ersten Sätze des § 123 die Frage, wieweit bei Zahnkrankheiten (mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten) die Behandlung außer durch Zahnärzte auch durch Zahntechniker gewährt werden kann. Dabei sind unter Zahntechnikern nur solche Personen zu verstehen, die den auf Grund des vierten Satzes des § 123 bestimmten Anforderungen genügen. Die Behandlung durch solche Zahntechniker steht der Behandlung durch Zahnärzte zunächst dann gleich, wenn sie mit Zustimmung des Versicherten erfolgt (Satz 1). Wieweit auch sonst Zahntechniker selbständige Hilfe leisten können, d. h. inwieweit auch ohne Zustimmung des Versicherten die Behandlung durch einen Zahntechniker der Behandlung durch einen Zahnarzt rechtlich gleichsteht, bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde (Satz 2). Hierauf gründet sich der von Ihnen angezogene Erlaß des großherz. hessischen

Min. des Inn. v. 22. 9. 13, der (im wesentlichen) besagt, daß ein Versicherungsträger ohne Zustimmung des Versicherten die Behandlung von Zahnkrankheiten einem Zahntechniker nur dann übertragen kann, wenn das Versicherungsamt ein örtliches Bedürfnis hierzu anerkennt, und daß ein solches Bedürfnis da anzuerkennen ist, wo nicht genügend Zahnärzte vorhanden sind, die zu angemessenen Bedingungen die Behandlung übernehmen, oder wo die Ausschließung der Techniker den berechtigten Interessen der Versicherten nicht entsprechen würde (zu vgl. Erlaß des preuß. Min. des Inn. in ArbVers. 1914 S. 38, der unter Ziff. 2 eine ähnliche Bestimmung enthält). Eine solche Feststellung des Versicherungsamts hat nicht, wie Sie anzunehmen scheinen, die „Zulassung“ bestimmter Techniker zum Zwecke, sondern sie stellt ganz allgemein die Voraussetzung fest, unter welcher allein alle vorhandenen Zahntechniker (im Sinne des § 123 Abs. 4) unabhängig von der Zustimmung des Versicherten behandeln können. Daraus folgt: Solange das Versicherungsamt ein Bedürfnis im bezeichneten Sinne nicht anerkannt hat, genügt eine Krankenkasse ihrer gesetzlichen Pflicht zur Gewährung ärztlicher Behandlung nach § 182 RVO. nicht, wenn sie einen Versicherten im Fall einer Zahnkrankheit ohne seine Zustimmung an einen Zahntechniker verweist. Daraus folgt aber keineswegs weiter, daß, wenn in einem solchen Falle der Versicherte gleichwohl von einem Zahntechniker behandelt und dabei gesundheitlich geschädigt wurde, die Kasse für den Schaden haften müsse. Denn der Versicherte konnte die Verweisung an den Techniker ablehnen und die Bereitstellung eines Zahnarztes fordern, nötigenfalls das Versicherungsamt anrufen (§ 1636 RVO.), oder auch sich ohne Ermächtigung der Kasse an einen Zahnarzt, nötigenfalls auch an einen auswärtigen Zahnarzt wenden und die vollen notwendigen Behandlungskosten von der Kasse beanspruchen. Wenn er statt dessen in die Behandlung des Technikers ging, wozu er doch nicht gezwungen werden konnte, so liegt hierin eine stillschweigende Zustimmung, so daß die Kasse ihrer Verpflichtung genügt hat (§ 123 Satz 1). Nur wenn der Versicherte wegen Dringlichkeit des Falles oder aus anderen Gründen keinen der erwähnten Wege beschreiten konnte, ihm also nichts anderes übrig blieb, als sich der Behandlung des ihm zugewiesenen Technikers zu unterwerfen, kann sein Verhalten nicht als Zustimmung gedeutet werden, und in diesem Falle wird eine Schadenshaftung der Kasse für ein Verschulden des Technikers begründet sein (§§ 276, 278, 286 BGB.).

Versicherungspflicht eines Pflegekindes, das häusliche Dienste leistet?

2. **Nach Gröba.** Antwort: a) Die Amtsdauer des Kassenvorstandes ist bis zum Schluß des Kalenderjahres verlängert, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist (ArbVers. 1917 S. 82).

b) Kriegsgefangene werden im Krankheitsfalle von der Militärbehörde versorgt. Sie sind, als unfreie Personen, in keinem Falle krankenversicherungspflichtig.

c) Wir entnehmen Ihrer Anfrage folgendes: Ein Schankwirt hat ein zwölfjähriges Mädchen als Pflegekind aufgenommen und ihm vollständigen freien Unterhalt gewährt, wofür der Armenverband eine jährliche Vergütung von 100 *M* zahlte. Diese Zahlung wurde mit der Schulentlassung des Mädchens eingestellt. Es blieb aber noch weiter ein Jahr lang im Haushalt des Wirts und leistete Hilfe in der Hauswirtschaft, wodurch die Familienmitglieder wesentlich entlastet wurden und in der Schankwirtschaft tätig sein konnten. Das Versicherungsamt hat den Anspruch der Kasse auf Beiträge abgewiesen, weil das Mädchen, auch nach der Meinung des Vormundes, wie die Tochter des Wirts gehalten worden sei, nicht wie ein Dienstbote; einen solchen habe der Wirt überhaupt nicht gebraucht. — Wir möchten die Entscheidung billigen. Daß bis zur Schulentlassung kein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis bestand, ist unstreitig. Gegenstand des Abkommens zwischen dem Vormunde des Mädchens und dem Wirt war nicht die Leistung von Diensten des Mädchens, sondern dessen Aufnahme in die Familie zur Pflege, Beaufsichtigung und Erziehung. Das Kind genoß eine Wohltat des Wirts; denn die Beihilfe des Armenverbandes kann selbstverständlich als ein voller Gegenwert für den Unterhalt und die Pflege nicht gelten. Wenn dann nach der Schulentlassung das Mädchen im Haushalt half, so war dies nur ein natürlicher Ausfluß des bisherigen Verhältnisses, an dem nichts wesentliches geändert wurde, außer daß an die Stelle der Geldbeihilfe des Armenverbandes die Dienste des Mädchens traten zur teilweisen Abgeltung dessen, was es im Hause des Wirts genoß. Es wurde nach wie vor nicht als Arbeiterin oder als Dienstbote gegen Entgelt beschäftigt und war daher nicht krankenversicherungspflichtig nach § 165 Ziff. 1 RVO.

a) Beginn der Dreiwochenfrist aus § 214 RVO. für Arbeitsunfähige (§ 311). b) Erfüllungsort der Krankenpflege für ein Dienstmädchen, das mit der Herrschaft reist.

3. **Nach R.** Antwort: a) § 214 RVO. gilt für Versicherungsfälle, die während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen „nach dem Ausscheiden“ eintreten. Damit kann nur das Ausscheiden aus der Mitgliedschaft gemeint sein; denn die Vorschrift des § 214 macht zugunsten Erwerbsloser eine Ausnahme von dem Grundsatze, daß Ansprüche auf Kassenleistungen nur für Versicherungsfälle bestehen, die während der Kassenmitgliedschaft eingetreten sind. Arbeitsunfähige bleiben aber nach § 311 Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat. Mithin kann erst mit Beendigung dieser Leistungen, nicht schon mit der früheren Lösung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses, die Dreiwochenfrist aus § 214 beginnen. Das war auch unter der Herrschaft des früheren Rechts die überwiegende Meinung der Verwaltungsgerichte, der allerdings der bayer. VGH. entgegengetreten ist (ArbVers. 1906 S. 658) mit Gründen, die Hahn (Handb. der KVG. Anm. 2 zu § 214) als beachtenswert bezeichnet. Eine Entscheidung des RVA. über die Frage liegt noch nicht vor. Im vorliegenden Falle wird es darauf nicht ankommen, da nach Ihrer Sachdarstellung der neue Versicherungsfall auch dann in die Dreiwochenfrist fällt, wenn man diese von der Lösung des Beschäftigungsverhältnisses berechnen wollte.

b) Die Krankenpflege, also auch zahnärztliche Behandlung, ist dem Versicherten an seinem Wohn- oder Beschäftigungsort zu gewähren. Für ein Dienstmädchen, das mit der Herrschaft vorübergehend außerhalb des regelmäßigen Wohnorts Aufenthalt nimmt, ist dieser Aufenthaltsort, an dem es Dienste zu leisten hat, sowohl Wohnort wie Beschäftigungsort. Das Dienstmädchen hatte also dort Anspruch auf die notwendige zahnärztliche Behandlung. Zu deren Gewährung war die dortige Landkrankenkasse nach § 220

in Verbindung mit § 219 RVO. auch ohne Ersuchen der Kasse, der das Dienstmädchen angehörte, verpflichtet. Da die Landkrankenkasse aber sich ablehnend verhielt, durfte die Versicherte sich die notwendige Behandlung selbst verschaffen und von der verpflichteten Kasse Ersatz der notwendigen Kosten verlangen. Die Meinung, daß es verpflichtet gewesen sei, mindestens nachdem die ersten Heilmaßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen erfolgt waren (Zahnziehen, Nervtöten, Nerveinlagen), in seinen Kassenbezirk zurückzukehren, um dort die weiteren Leistungen (Zahnfüllungen) zu erlangen, ist unbegründet, weil, wie bereits erwähnt, in diesem besonderen Falle der Aufenthaltsort gesetzlicher Erfüllungsort für die Gewährung der Krankenpflege überhaupt, also ohne Beschränkung auf die dringlichen Leistungen, war. Wegen des Kostenersatzes aber wird sich die Versicherte nicht mehr an die nur zur vorläufigen Aushilfe, sondern an die endgültig verpflichtete Kasse halten müssen; denn zu einer dem Zwecke des § 220 entsprechenden Aushilfsleistung liegt kein Anlaß vor, nachdem die Versicherte sich die erforderliche Krankenhilfe selbst beschafft hat, und ein Streit über den Anspruch ist jetzt nur zwischen der Versicherten und ihrer Kasse auszutragen (zu vgl. Hahn, Anm. 5 zu § 219). Ob die Leistungen im vollen Umfange — insbesondere die Silber- und Porzellanfüllungen — nach den besonderen Umständen des Falles notwendig waren, würde ärztlicher Begutachtung unterliegen.

Unterliegt die Beaufsichtigung von Kriegsgefangenen bei der Arbeit in Privatbetrieben der Unfallversicherung?

4. **Nach Gelsenkirchen.** Frage: Auf einem hiesigen Werke wird von einem Landsturmbataillon ein freiwilliger Hilfswachtmann mit Gefangenenaufsicht beschäftigt. Er ist 68 Jahre alt und daher weder militär- noch hilfsdienstpflichtig. Er hat sich freiwillig zur Verfügung gestellt und ist als Soldat zu dem Dienste auf dem Werke kommandiert. Das Bataillon zahlt ihm 5 *M* Tagegeld und hat ihn auch bei der Ortskrankenkasse angemeldet. Nun hat er einen Unfall erlitten. Die Berufsgenossenschaft gab der Kasse die Unfallanzeige zurück mit dem Bemerken, daß sie für diese Sache nicht zuständig sei. Auch das Bataillon teilt mit, daß der Mann von ihm nicht gegen Unfall versichert sei. Der Unfall wird Folgen über die 13. Woche hinaus haben. Wir bitten um Auskunft, ob die Tätigkeit des Wachmannes unfallversicherungspflichtig ist, und welche Berufsgenossenschaft zuständig ist. Der Unfall hat sich in dem Betriebe des Werkes bei der Aufsichtstätigkeit ereignet.

Antwort: Der Wachtmannn war, obwohl nicht hilfsdienstpflichtig, doch tatsächlich im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigt (§ 2 Ges. v. 5. 12. 1916) und unterlag daher nach § 1 Vrdg. v. 24. 2. 17 (ArbVers. 1917 S. 177) den Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung. Aus diesen Vorschriften aber läßt sich eine Versicherung gegen Betriebsunfälle für den Wachtmann nicht herleiten. Er bewachte die Kriegsgefangenen im Auftrage des Bataillons, war also zwar im Dienste, nicht aber in einem „Betriebe" der Heeresverwaltung tätig, wie § 537 Ziff. 5 RVO. voraussetzt. Aber auch im Betriebe des Werkes war er nicht beschäftigt, weil seine Tätigkeit nicht den wirtschaftlichen Zwecken des Werkes, sondern militärischen Interessen diente. Es muß im vorliegenden Falle dasselbe entsprechend gelten, was das RVA. von Aufsehern angenommen hat, die Strafgefangene bei der Beschäftigung in fremden Betrieben überwachen: sie fallen nicht unter die Unfallversicherung, und zwar selbst dann nicht, wenn sie im Rahmen ihrer Aufsehertätigkeit gelegentlich zur Förderung der Arbeit eingreifen (Handb. der UnfVers. I S. 248 Anm. 6 zu § 7 GewUnfVersGes.).

Versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis der Nichte eines Pfarrers in seinem Haushalt?

5. **Nach Bergzabern.** Antwort: Wir können nach den Umständen des Falles nicht annehmen, daß die Kasse mit ihrer Auffassung, die Nichte des Pfarrers stehe zu ihm in einem versicherungspflichtigen Lohnarbeitsverhältnisse, durchdringen wird. Die Nichte lebt in gleicher Weise wie die Schwester des Pfarrers in dessen Haushalt; beide teilen sich in die hauswirtschaftlichen und sonst vorkommenden Arbeiten, ohne daß der Nichte besondere bestimmte Verrichtungen zugewiesen wären. Anderseits empfangen beide ihren Unterhalt von dem Pfarrer, die Nichte außerdem jährlich 300 *M*. Dies wird aber „mehr als Geschenk und Versorgungsgroschen" bezeichnet. Jedenfalls sind die Beteiligten darüber einig, daß es sich dabei nicht um Entgelt für die von der Nichte zu leistenden Dienste handelt, und es sind keine Umstände ersichtlich, die dem widerstreiten. Denn die Nichte ist nicht auf Lohnarbeit angewiesen und hat solche auch sonst nicht übernommen. Der Pfarrer anderseits könnte, im Hinblick auf die Versorgung seines Haushalts durch die Schwester, auch ohne die Hilfe der Nichte auskommen. Das Verhältnis ist hiernach als ein rein familienhaftes Zusammenleben dreier naher Angehörigen aufzufassen, auf Grund dessen jeder von ihnen gewisse in der Sitte und dem Herkommen begründete Verpflichtungen ohne Rechtszwang erfüllt. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch der der Nichte gewährte Geldbetrag zu betrachten, nicht als „Entgelt" für zu leistende Dienste. In Fällen dieser Art, wo es auf innere Momente, auf die Willensrichtung der Beteiligten ankommt, ist es angängig und nicht selten notwendig, ihrer übereinstimmenden Erklärung, daß ein gelohntes Dienstverhältnis nicht begründet werden sollte, Gewicht beizumessen (zu vgl. Entsch. des RVA. 1399 Amtl. Nachr. 1909 S. 474). Daß die Erklärungen geschwankt haben, ist gegenüber den letzten bestimmten und übereinstimmenden Erklärungen unerheblich. Ebenso ist es ohne Belang, daß die Nichte Einkommensteuer zahlt.

Frist für das Wiedereintrittsrecht des Kriegsteilnehmers in die Krankenkasse.

6. **Nach Guben.** Frage: Ein Kriegsteilnehmer wird am 20. März 1918 aus dem Heeresdienst laut Militärpaß entlassen, befindet sich aber noch bis zum 15. Mai in Lazarettbehandlung und meldet sich am 4. Juni als freiwilliges Mitglied. Rechnen die 6 Wochen, während der eine freiwillige Meldung erfolgen kann, vom 20. März oder vom 17. Mai? Welches ist der wirkliche Tag der Entlassung, der für die Krankenkasse maßgebend ist?

Antwort: Der Tag der Entlassung aus dem Heeresdienst wird durch den Militärpaß bescheinigt. Wenn, wie es scheint, ein Zweifel an der Richtigkeit dieser Bescheinigung besteht, so würde er durch Nachfrage bei der zuständigen militärischen Stelle zu beheben sein. Indessen dürfte es hierauf kaum ankommen Es handelt sich doch wohl um das Wiedereintrittsrecht des Kriegs-

teilnehmers in die Krankenversicherung (§ 3 Ges. v. 4. 8. 14, ArbVers. 1914 S. 567). Die Sechswochenfrist für die Ausübung dieses Rechtes beginnt aber nicht schlechthin mit der Entlassung aus dem Heeresdienst, sondern nach den Worten des Gesetzes mit der „Rückkehr in die Heimat", das heißt: wenn der Kriegsteilnehmer in der Lage ist, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen (zu vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts in ArbVers. 1915 S. 821). Hierzu wird der Kriegsteilnehmer vor Abschluß der Lazarettbehandlung doch wohl nicht imstande gewesen sein, auch wenn er aus dem militärischen Dienstverhältnisse schon vorher entlassen sein sollte. Wir nehmen daher an, daß die Frist nicht vor dem 16. (oder 18?) Mai zu laufen begann.

Kosten für die Verbringung eines entwichenen geisteskranken Versicherten in ein anderes Krankenhaus.

7. Nach Hirschberg in Schl. Frage: Ein geisteskrankes Mitglied unserer Kasse, mit unserer Zustimmung in das Krankenhaus eines benachbarten Ortes aufgenommen, entwich von dort und begab sich wieder an seinen Wohnort zurück. Dort mußte der Erkrankte wegen Gefährdung der öffentlichen Sicherheit vom 18. bis 22. April 1918 in Schutzhaft genommen werden und wurde am 23. 4. 1918 auf Veranlassung der Gemeinde in die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu P. überführt. Die Kosten des dortigen Aufenthalts haben wir uns bis zum Ablauf der gesetzlichen Frist zu tragen bereit erklärt. Jetzt sendet uns die Wohnortsgemeinde folgende Rechnung: Für Verpflegung 6,90 M, für Überführung nach der Anstalt 7,90 M, für Telegrammgebühren 2,55 M, für ärztliche Untersuchung und Gutachten des Kreisarztes 15 M; zusammen 32,35 M. Sind wir zur Erstattung des ganzen bzw. eines Teilbetrages verpflichtet?

Antwort: Die Kasse hat nicht nur von vornherein die Aufnahme des Versicherten in ein Krankenhaus genehmigt, sondern auch die Kosten der notwendig gewordenen Pflege in einem anderen Krankenhause übernommen. Das verpflichtet sie auch zur Tragung der Kosten, die mit der Aufnahme in dies andere Krankenhaus notwendig verknüpft waren, also zur Erstattung der Überführungskosten, der Telegrammgebühren und der Kosten des ärztlichen Aufnahmezeugnisses. Dagegen war die „Schutzhaft" vom 15. bis 22. April weder Krankenhauspflege noch überhaupt eine Leistung, die der Krankenpflege entsprach (zu vgl. § 1533 Ziff. 2 RVO.). und es fehlt daher an jedem Rechtsgrunde, die Verpflegungskosten mit 6,90 M der Krankenkasse aufzubürden.

Verurteilung eines Dritten, der nicht Partei ist, als wesentlicher Mangel des Verfahrens.

8. Nach B. Antwort: Die Revision gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist zulässig, weil es sich um einen Ersatzanspruch auf Grund des fünften Buches der RVO., nämlich auf Grund der §§ 1531 ff., 1541 RVO. handelt (§ 1778 Abs. 2; zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1918 Heft 11 S. 208). Das Rechtsmittel muß auch jedenfalls zur Aufhebung der Entscheidung des Oberversicherungsamts führen, weil das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet (§ 1697 Ziff. 2). Denn der Armenverband hatte den Ersatzanspruch wegen Unterstützung des Arbeiters R. ausdrücklich gegen die Krankenkasse A erhoben, und das Versicherungsamt hatte, da die beklagte Kasse den Anspruch bestritt, weil nur die Krankenkasse B als ersatzpflichtig in Betracht komme, auch dieser Gelegenheit zu einer Äußerung gegeben. Dies entsprach dem § 23 der VAOrdg. Aber die Kasse B, die sich darauf beschränkte, ihre Ersatzpflicht zu bestreiten und die Kasse A als ersatzpflichtig zu bezeichnen, wurde dadurch nicht Partei in dem zwischen dem Armenverband und der Kasse A anhängig gewordenen Verfahren, da sie — die Kasse B — weder vom Armenverband in Anspruch genommen, noch ihrerseits dem Verfahren beigetreten war, noch irgendeinen Antrag in diesem Verfahren gestellt hatte. Demgemäß bezeichnet die Entscheidung des Versicherungsamts zutreffend als Parteien nur den Armenverband und die Kasse A, gegen welche der erhobene Anspruch für berechtigt erklärt wird. Wenn hinzugefügt ist, daß die Kasse B für die Erstattungspflicht nicht in Frage komme, so ist das nur von erläuternder Bedeutung. Auch hierdurch ist die Kasse B nicht Partei in dem anhängigen Streitverfahren geworden. Bei dieser Sach- und Rechtslage ist es vollkommen unbegreiflich, wie das Oberversicherungsamt auf die Berufung der Kasse A eine Entscheidung dahin erlassen konnte, daß die Kasse B verpflichtet sei, dem Armenverbande die für R. aufgewandten Kosten zu erstatten und eine noch festzusetzende Gebühr zu erlegen. Hierdurch ist der Grundsatz verletzt, daß das Oberversicherungsamt nur innerhalb der erhobenen Ansprüche nach freiem Ermessen entscheidet (§ 33 OVAOrdg.), was einschließt, daß ein Dritter, gegen den ein Anspruch überhaupt nicht erhoben worden ist, in diesem Verfahren selbstverständlich nicht verurteilt werden darf.

Zuständige Kasse für das Küchenpersonal eines Sanatoriums.

9. Nach Ebersberg. Antwort: Zum Gesinde gehört nur, wer häusliche Dienste in der privaten Hauswirtschaft eines anderen im Gegensatze zu dessen Berufe oder Gewerbe leistet. Ein Sanatorium bildet aber nicht eine solche Hauswirtschaft, und zwar auch dann nicht, wenn es nicht als Erwerbs-, sondern als gemeinnütziges Unternehmen betrieben wird. Darum ist für das Küchenpersonal des Lungensanatoriums die Allgemeine Ortskrankenkasse zuständig. Vgl. ArbVers. 1914 S. 770; 1915 S. 494, 660.

Krankenstation des Armen-Arbeitshauses als „Krankenhaus".

10. Nach Schönberg (Meckl.). Antwort: Wir halten die Auffassung des Armenverbandes für richtig, wonach für seinen Ersatzanspruch gegen die Kasse im Sinne des § 1533 RVO. die Krankenstation des Armen-Arbeitshauses als „Krankenhaus" anzusehen ist. Es genügt, daß dort die nötigen Einrichtungen für die Aufnahme und Pflege von Kranken vorhanden sind (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2c zu § 184 RVO.). Insbesondere ist im vorliegenden Falle auf die ländlichen Verhältnisse Rücksicht zu nehmen, wie das Gesetz es an anderer Stelle ausdrücklich tut, indem es im § 429 von einem „Krankenhaus oder einer ähnlichen Heilanstalt" spricht. Zu vgl. hierüber: Hahn, Anm. 2 zu § 429.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1217 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 11. August 1918. Heft 23

Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung.

Von Städt. Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

Auch im verflossenen Jahr ist die Gesetzgebung auf dem Gebiete des Kriegsrechts in der deutschen Sozialversicherung nicht stille gestanden. Dem vorhandenen alten hat sich neues Recht zugesellt. Neue Zweifel in der Auslegung sind damit aufgetaucht. Aber auch das ältere Recht gab noch in vielen Fällen in seiner Anwendung zu Bedenken Anlaß. Den bisherigen Veröffentlichungen (vgl. „ArbVers." 1916 S. 457 ff., 483 ff., 505 ff.; 1917 S. 212 ff., 247 ff., 270 ff.) fügt sich daher in der folgenden Darstellung ein neuer Strauß von Abhandlungen, gesetzgeberischen Maßnahmen und Erkenntnissen der Spruch- und Beschlußbehörden an.

A. Allgemeines.

I. Literatur.

a) **Arbeiterversorgung:** Dittmann: „Gehören Kriegsbeihilfen zum Entgelt?" 1918 S. 231; Ebert: „Ist die Neufestsetzung der Ortslöhne unter den heutigen Verhältnissen durchführbar?" 1918 S. 184; Meyer: „Kriegshinterbliebenenversorgung und Sozialversicherung" 1917 S. 73; M. N.: „Russische Polen als feindliche Ausländer?" 1918 S. 353; Reindl: „Versicherungsverhältnisse des zum Feldeisenbahndienst abgeordneten Eisenbahnpersonals" 1917 S. 25; Seelmann: „Die Kinderversicherung" 1917 S. 265; Unbekannt: „Fortentwicklung der sozialen Versicherung nach dem Kriege" 1918 S. 341.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Krause: „Festsetzung der Ortslöhne im Kriege" 1917 Sp. 535; Laß: „Die neue Bundesratsverordnung über Verjährung rückständiger Beiträge nach § 29 RVO." 1917 Sp. 54; —: „Die neue Bundesratsverordnung über Wahlen nach der RVO." 1917 Sp. 153; Reitz: „Sind die zur Arbeitsleistung „kommandierten" Soldaten versicherungsfrei?" 1918 Sp. 78; v. Schelhorn: „Versicherung des Krankenpersonals der Heeresverwaltung im Kriege" 1917 Sp. 208, 453.

c) **Die Ortskrankenkasse:** Elster: „Sozialhygienische Maßnahmen im Kriegsjahr 1917" 1918 Sp. 97; Ulrici: „Krieg und Tuberkulose" 1917 Sp. 743.

d) **Die Krankenversicherung:** Gierlinger: „Beratung und Belehrung der entlassenen Heeresangehörigen auf versicherungsrechtlichem Gebiete als Teil der Übergangswirtschaft" 1918 S. 34, 41.

e) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Ebert: „Ist eine Neufestsetzung der Ortslöhne unter den heutigen Verhältnissen durchführbar?" 1918 Sp. 283; Hoffmann: „Zur Versicherungspflicht der Kriegsteilnehmer" 1917 Sp. 521.

f) **Invaliditäts- und Altersversicherung (Mainzer Zeitschrift):** Reiß: „Die versicherungsrechtliche Stellung der bei Ladekommandos Beschäftigten" 28. Jahrg. S. 51; Wimmer: „Die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung in der Kriegsbeschädigtenfürsorge, wenigstens der ausführenden Behörden" 27. Jahrg. S. 25.

g) **Der Versicherungsbote:** Heine: „Zustellung von Bescheiden, Urteilen und Beschlüssen an im Heeresdienst befindliche Verletzte" 1918 S. 110; Su: „Versicherungspflicht des Personals der freiwilligen Krankenpflege während des Krieges" 1917 S. 25.

h) **Die Berufsgenossenschaft:** Fricke: „Der gegenwärtige Stand der versicherungsrechtlichen Behandlung feindlicher Ausländer" 1917 S. 9.

II. Rechtsprechung und Verwaltung.

Die stärksten Zweifelsfragen tauchten wiederum hinsichtlich der Versicherungspflicht an sich auf. Der vom Preuß. Kriegsministerium bereits in einem Erlaß vom 17. Mai 1916 (vgl. „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 675) vertretenen Auffassung, wonach Personen des Soldatenstandes, die in Privatbetrieben beschäftigt werden, nur dann der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen, wenn sie „beurlaubt" sind (vgl. auch Entsch. des Oberversicherungsamts Offenbach vom 29. Dezember 1917 im „Zentralblatt" 1918 Sp. 175) ist jetzt auch das Reichsversicherungsamt beigetreten. Es hat sich in seinem einschlägigen Bescheide vom 17. November 1916 (Amtl. Nachr. 1917 S. 245) gleichzeitig auch dahin ausgesprochen, daß, während „kommandierte" Soldaten versicherungsfrei sind, vom Dienst „Zurückgestellte" in versicherungsrechtlicher Beziehung wie Zivilpersonen behandelt werden müssen. Für die Beurteilung der Frage, ob eine Kommandierung oder eine Beurlaubung zur Arbeit in Privatbetrieben vorliegt, ist nach einem Bescheid des K. Preuß. Kriegsministeriums vom 3. Dezember 1917 (Arb.-Vers. 1918 S. 92) lediglich die Form maßgebend, die der Truppenteil bei Überweisung des Soldaten beobachtet; im Zweifelsfall ist daher die Auskunft des abstellenden Truppenteils entscheidend. Das Kommando der Marinestation der Nordsee hat sich dagegen mit Erlaß vom 24. Oktober 1917 („Archiv" 1917 S. 154) dahin ausgesprochen, daß „die Versicherungsfreiheit nur bei denjenigen Personen des Soldatenstandes vorliege, die der Werfthilfskompagnie oder besonders gebildeten und unter der Leitung von militärischen Vorgesetzten stehenden Arbeitskommandos angehören", daß aber „alle übrigen entsprechend beschäftigten Personen des Soldatenstandes der allgemeinen Versicherungspflicht unterliegen". Die Anschauung beider Kommandos gilt nicht nur für körperlich gesunde Personen des Soldatenstandes, sondern auch für Lazarettinsassen und noch nicht entlassene Kriegsbeschädigte. Solange die Beschäftigung der letzteren jedoch lediglich in den Werkstätten einer Invalidenschule stattfindet, unterliegen sie nach einem Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 27. November 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 626; ArbVers. 1918 S. 107) weder der Kranken-, noch der Unfall- oder Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, da einmal die Beschäftigung, auch wenn Prämien gezahlt werden, nicht zum Erwerb, sondern zu Ausbildungszwecken stattfindet und anderseits die Werkstätten nicht als gewerbsmäßige Betriebe anzusehen sind.

Die Zivilgefangenen feindlicher Staatsanhörigkeit unterliegen der Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht; wer als Zivilgefangener gilt, darüber gibt ein Bescheid des Preuß. Kriegsministeriums (Kriegsamt) vom 11. Juli 1917 (ArbVers. 1917 S. 631) Aufschluß (vgl. auch ArbVers. 1917 S. 684, 828 Ziff. 8).

Bei der Berechnung des für die Lohnstufeneinteilung in Betracht kommenden Jahresarbeitsverdienstes sind Kriegszulagen einzurechnen; denn sie gehören, in welcher Form auch immer sie gegeben werden mögen, zum Entgelt im Sinne des § 160 RVO. (Bescheid des RVA. vom 13. April 1917 in ArbVers. 1917 S. 566; Rev. Entsch. des RVA. vom 16. August 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 590, ArbVers. 1917 S. 816; Rev. Entsch. d. bayer. LVA. vom 11. Dezember 1916 in Mitteilungen 1917 S. 75; Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Flensburg vom 12. Mai 1917 und des Oberversicherungsamts Schleswig vom 22. Mai 1917 in „Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 522; ArbVers. 1918 S. 240 Ziff. 16). Auch einmalige Teuerungszulagen sind, soweit mit einiger Sicherheit auf ihre Wiederholung gerechnet werden kann, dem Entgelt zuzurechnen (ArbVers. 1918 S. 79 Ziff. 2).

Die in der Gewährung von Teuerungszulagen zum Ausdruck kommende Minderung des Geldwertes gilt auch für die nach Durch-

schnittspreisen festgesetzten Bezüge. Der Wert der **Sachbezüge**, die Höhe des **Ortslohnes** und der **durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste** land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter entspricht nicht mehr den tatsächlichen Verhältnissen Ein Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe und für Landwirtschaft vom 12. Januar 1918 (ArbVers. 1918 S. 106; in Bayern: Entschl. des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 29. Dezember 1917 in „Staatsanzeiger" 1918 Nr. 2) legt daher den Versicherungsämtern eine Nachprüfung des Wertes der Sachbezüge nahe. Hinsichtlich der Ortslöhne erklärt ein Erlaß der genannten Ministerien vom 17. August 1917 („Betriebskrankenkasse" 1917 S. 219), daß sog. Zwischenfestsetzungen auch durch die Bundesratsbekanntmachung vom 3. Juli 1916 (RGBl. S. 658) nicht ausgeschlossen seien, daß jedoch bei einer diesbezüglichen Antragstellung mit Rücksicht auf die Schwierigkeit eines Zurückgehens auf niedrigere Sätze in der Friedenszeit mit Vorsicht zu verfahren sei.

Die zahlreichen Einberufungen haben auch die einzelnen **Ausschüsse der Versicherungsbehörden** in Mitleidenschaft gezogen. Im wesentlichen ist hier bereits durch das mit Bekanntmachung vom 12. August 1915 (RGBl. S. 497; ArbVers. 1915 S. 586) festgelegte Ernennungsrecht des Vorsitzenden der betreffenden Behörde vorgebaut. Dies Ernennungsrecht bezieht sich jedoch nicht auf die Besetzung der einzelnen Ausschüsse, soweit diese, wie die Beschlußausschüsse der Versicherungsämter auf internen Wahlen beruhen; diese Wahlen haben nach einer Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 14. April 1917 („Betriebskrankenkasse" 1917 S. 96) trotz der Bundesratsbekanntmachung vom 11. Januar 1916 (RGBl. S. 39) stattzufinden (vgl. auch ArbVers. 1917 S. 143 Ziff. 4).

Auskünfte über frühere Krankheiten, Erwerbs- und Gesundheitsverhältnisse ihrer Mitglieder haben die Krankenkassen, wie einem Erlaß des Preuß. Kriegsministeriums vom 12. April 1917 („Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 448) entnommen werden kann, nur mit Einwilligung des Versicherten zu erteilen. Den Versicherungsträgern haben dagegen die militärischen Stellen, soweit nicht dienstliche Bedenken entgegenstehen, unbeschränkt Auskunft zu geben, sobald sie ein berechtigtes Interesse nachzuweisen vermögen, wie dies z. B. für Krankenkassen aus den §§ 202, 188 RVO. jederzeit gegeben sein wird (Arb.-Vers. 1917 S. 599 Ziff. 7). Militärdienstliche Todesbescheinigungen werden nach einer Verfügung des Preuß. Kriegsministeriums vom 21. Mai 1917 („Betriebskrankenkasse" 1917 S. 170) nur mehr bei dem Nachweis der Dringlichkeit, die das Abwarten einer standesamtlichen Beurkundung nicht gestattet, ausgestellt.

Für die Leistungen der Versicherungsträger tritt, soweit sie hiervon getroffen werden, **Verjährung** nicht vor dem 31. Dezember 1918 ein, da die Verordnungen über die Verjährungsfristen vom 4. November und 9. Dezember 1915 (RGBl. S. 732, 811) durch Bekanntmachung vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1068) eine Verlängerung bis zu diesem Tage erfahren haben („Betriebskrankenkasse" 1917 S. 242; Entsch. des Oberversicherungsamts Dortmund vom 23. Mai 1917 in „Berufsgenossenschaft" 1917 S. 173).

Die Bestimmungen des Kriegsschutzgesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 328) über die **Unterbrechung und Aussetzung des Verfahrens** finden nach einer Rek. Entsch. des Großen Senats des RVA. vom 16. Dezember 1916 (Amtl. Nachr. 1917 S. 237) dann Anwendung, wenn der Kriegsteilnehmer durch seine Abwesenheit in der Wahrnehmung seiner Rechte beschränkt erscheint, was aber bei der Entscheidung über eine reine Rechtsfrage nicht zu besorgen ist. Ebenso treffen die Vorschriften des Kriegsteilnehmerschutzgesetzes über die **Unterbrechung der Verjährung** auf die Rechtsmittelfristen der Reichsversicherung zu (Entsch. des RVA. vom 2. November 1917 in „Berufsgenossenschaft" 1918 S. 22).

Zustellungen bei Sendungen an Personen, die zum Heeresdienst eingezogen sind, gelten nach einer Entscheidung des RVA. vom 18. Mai 1915 (ArbVers. 1917 S. 697) als erfolgt, wenn sie einem erwachsenen Familienangehörigen ausgehändigt sind.

Die Beiträge der Versicherungsträger können, da nach § 6 der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1359) während der Dauer der Geschäftsaufsicht Zwangsvollstreckungen nicht stattfinden, von einem Schuldner, der unter Geschäftsaufsicht steht, nicht beigetrieben werden (ArbVers. 1917 S. 167 Ziff. 2); dem gesetzlichen Vorrechte der Beitragsforderung ist jedoch dadurch Rechnung getragen, daß vorhandene Mittel nur unter entsprechender Anwendung der Grundsätze der Konkursordnung verwendet werden dürfen.

Minderjährigen feindlichen Staatsangehörigen ist im Bedarfsfall zur Geltendmachung ihrer Ansprüche aus den sozialen Versicherungsgesetzen ein Pfleger zu bestellen (Urteil des Landgerichts Hannover vom 11. August 1916 in „Berufsgenossenschaft“ 1917 S. 87).

Während der Erntearbeiten erscheint es nach einem Runderlaß des Reichsversicherungsamtes vom 3. Juli 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 488) zweckmäßig, die Vernehmung von in der Landwirtschaft tätigen Zeugen in weniger wichtigen Fragen bis nach Abschluß der Erntearbeiten zu vertagen.

Was die Ersatzansprüche der Gemeinden und Armenverbände anlangt, so können die Gemeinden für Unterstützungen, die sie im Wege der Kriegsfürsorge gewährt haben, keinen Ersatzanspruch gegen die Träger der Reichsversicherung herleiten; dies hat das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 19. Februar 1918 festgelegt („Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung“ 1918 S. 128; vgl. auch Entscheidung des Oberversicherungsamts Merseburg vom 2. März 1917 und des Oberversicherungsamts Schwerin vom 15. März 1918 in ArbVers. 1917 S. 328, 1918 S. 224 und ArbVers. 1917 S. 480 Ziff. 16); denn die Unterstützung nach dem Familienunterstützungsgesetz und die über den reichsgesetzlichen Satz auf Grund dieses Gesetzes gewährten Zuwendungen der Gemeinden stellen keine Armenlast der Gemeinde dar, auf die allein § 1531 RVO. den Ersatzanspruch beschränkt. Eine Lazarettverwaltung, die einen während einer Erwerbstätigkeit verunfallten Soldaten in Pflege nimmt, kann gegen die Krankenkasse Ersatzansprüche aus § 577 RVO. nicht herleiten, da diese Ansprüche ausschließlich dem Verletzten zustehen (ArbVers. 1917 S. 707 Ziff. 3).

B. Bekanntmachung vom 24. Februar 1917 über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten (RGBl. S. 171; Arb.-Vers. 1917 S. 177).

I. Literatur.

a) **Arbeiterversorgung:** Hermann: „Vaterländischer Hilfsdienst und Rentenverfahren“ 1917 S. 283; Jaeger: „Die Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes“ 1917 S. 553; v. Schelhorn: „Unfallversicherung im besetzten Ausland vor und nach der Bundesratsverordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten“ 1917 S. 313, 337.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Klehmet: „Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung beim vaterländischen Hilfsdienst“ 1917 Sp. 312, 401; Laß: „Angestelltenversicherung beim vaterländischen Hilfsdienst“ 1917 Sp. 317; Spielhagen: „Allgemeines und Krankenversicherung beim vaterländischen Hilfsdienst“ 1917 Sp. 287; —: „Reichswochenhilfe und Hilfsdienst“ 1918 Sp. 583; Würmeling: „Unfallversicherung beim vaterländischen Hilfsdienst“ 1917 Sp. 305; Hartmann: „Vaterländischer Hilfsdienst und Unfallverhütung“ 1917 Sp. 391.

c) **Die Ortskrankenkasse:** Hofmann: „Die Krankenversicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten“ 1917 Sp. 165; —: „Reichswochenhilfe beim vaterländischen Hilfsdienst“ 1917 Sp. 469.

d) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Seelmann: „Der Kreis der Invalidenversicherungspflichtigen während des Krieges unter besonderer Berücksichtigung des vaterländischen Hilfsdienstes“ 1917 Sp. 249; Stier-Somlo: „Sozialversicherung und vaterländischer Hilfsdienst nach der Verordnung

vom 24. Februar 1917 und sämtlichen Ausführungsbestimmungen" 1917 Sp. 481, 526, 561.

e) **Invaliditäts- und Altersversicherung** (**Mainzer Zeitschrift**): Rustenbeck: „Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten" 28. Jahrg. S. 17.

f) **Die Ersatzkasse**: Jaeger: „Die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten und die Ersatzkassen" 1. Jahrg. S. 121.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Die auf dem Gebiete der Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigten Personen ergangenen Verwaltungsmaßnahmen und Entscheide der rechtsprechenden Instanzen beschäftigen sich hauptsächlich mit dem Einfluß der Arbeiterversicherung auf die dem Hilfsdienst unterworfenen Personen und hier vor allem wieder mit der Frage ihrer Versicherungspflicht. In einer längeren Anleitung vom 11. April 1917 erläutert hierzu das Großherzoglich Hessische Staatsministerium des Innern das Verhältnis von Hilfsdienst und Arbeiterversicherung („Mainzer Zeitschrift" 27. Jahrg. S. 97, 107).

Was die Krankenversicherung der Hilfsdiensttätigen betrifft, so gehören sie bei wechselnder Beschäftigung an verschiedenen Orten, wie einem Bescheid des Reichswirtschaftsamtes („Krankenversicherung" 1918 S. 36) entnommen werden kann, der Krankenkasse an, in deren Bezirk der jeweilige Arbeitsort ihrer Tätigkeit liegt. Die Krankenkassen selbst sind als behördliche Einrichtungen im Sinne des § 2 des Hilfsdienstgesetzes anerkannt (Erlaß des K. Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 3. August 1917 in ArbVers. 1917 S. 583), was aber nicht ausschließt, daß bei ihnen tätige hilfsdienstpflichtige Beamte und Angestellte, wenn ihr Ersatz durch nicht hilfsdienstpflichtige Personen möglich ist, zu einer anderen Hilfsdiensttätigkeit einberufen werden können (Bescheid des K. Preuß. Kriegsamts vom 12. September 1917 in ArbVers. 1917 S. 653). Die Krankenkassen sind ferner, worauf eine Entschließung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 6. April 1917 („Krankenversicherung" 1917 S. 76) ausdrücklich hinweist, verpflichtet, alle gemäß § 17 des Hilfsdienstgesetzes von ihnen geforderten Auskünfte über Beschäftigungs- und Arbeitsfragen, sowie über Lohn- und Betriebsverhältnisse zu erteilen; sie dürfen sich mit einer etwaigen Weigerung nicht auf § 142 RVO. berufen. Befreiungsanträge Hilfsdienstpflichtiger nach § 173 RVO. haben die Krankenkassen mit äußerster Sorgfalt zu prüfen und nur dann zu genehmigen, wenn alle Voraussetzungen hierfür vorliegen (Bescheid des Reichsamts des Innern vom 20. Januar 1917 in „Betriebskrankenkasse" 1917 S. 41).

Die Versicherungspflicht auf Grund § 1 der Bekanntmachung vom 24. Februar 1917 macht keinen Unterschied zwischen Personen, die hilfsdienstpflichtig und solchen, die es nicht sind; es unterliegen daher nach einem Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 24. März 1917 (ArbVers. 1917 S. 445) auch die Schüler und Schülerinnen höherer Lehranstalten, die in der Landwirtschaft als freiwillige Erntehelfer tätig sind, der Versicherungspflicht. Bei der Frage nach der Versicherungspflicht spielt aber immerhin § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. eine gewisse Rolle; seine Anwendung hat zu verschiedenen Auffassungen geführt. So hat das Versicherungsamt Altona mit Entscheidung vom 30. Juli 1917 (ArbVers. 1917 S. 631) einen Prokuristen, der unter Fortbezug seines Gehalts, die überwiegende Zeit des Tages freiwillig als Bureauarbeiter beim Generalkommando in A. arbeitete, als versicherungsfrei bezeichnet, weil seine soziale Stellung und seine Lebenshaltung auf seiner Eigenschaft als Prokurist beruhe. Auch das Oberversicherungsamt Marienwerder hat mit Beschluß vom 29. Dezember 1917 („Ortskrankenkasse" 1918 S. 143) einen pensionierten Beamten, der als Schreiber im Hilfsdienst tätig war, mit ähnlichen Gründen als versicherungsfrei bezeichnet. Nicht mit Unrecht weist demgegenüber eine Auskunft der „Arbeiterversorgung" (1918 S. 256 Ziff. 6) darauf hin, daß, wer eine Tätigkeit, die unter § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. falle, ausübe, schlechthin versiche-

rungspflichtig sei und daß für ihn die Frage nach einem „Hauptberuf“ überhaupt nicht zu stellen sei; wohl aber kann die Versicherungsfreiheit solcher Personen in § 168 RVO. und der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756) beruhen (ArbVers. 1918 S. 60 Ziff. 6).

Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung war hauptsächlich die Auslegung des § 14 der Verordnung streitig, wonach der Versicherung nicht unterliegt, wer eine die Versicherung begründende Beschäftigung vor seinem Eintritt in den vaterländischen Hilfsdienst nicht ausgeübt hat und nach dessen Beendigung voraussichtlich auch nicht ausüben wird. Das Reichsversicherungsamt vertritt den Standpunkt, daß bei Prüfung dieser Frage keineswegs nur die Zeit unmittelbar vor Beginn der Hilfsdiensttätigkeit in Frage komme, daß aber, wenn aus einer früheren Zeit die Anwartschaft erloschen sei, auf jeden Fall § 14 Anwendung finde (Entsch. vom 7. Dezember 1917 in Amtl. Nachr. 1918 S. 189). In einem weiteren Bescheid vom 8. Februar 1918 („Betriebskrankenkasse“ 1918 S. 75) hat es jedoch die Anwendung des § 14 verneint, wenn Personen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachzugehen pflegen, als Soldaten vorübergehend zum Hilfsdienst beurlaubt sind und nach Ablauf ihres Urlaubs zunächst wieder in das Militärverhältnis zurückkehren. Sind irrtümlicherweise trotz der Bestimmung des § 14 Beiträge entrichtet worden, so kommt nach einer Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Kiel vom 5. Februar 1918 (ArbVers. 1918 S. 212) ein Rückersatz nicht mehr in Frage, da § 14 Abs. 2 RVO. bindend nicht nur gegenüber der Versicherungsanstalt, sondern auch gegenüber dem Arbeitgeber ist.

C. Krankenversicherung.

I. Literatur.

a) **Arbeiterversorgung:** Grunow: „Die freiwillig Versicherten und die neuen Lohnklassen“ 1918 S. 181; Hahn: „Die oberen Grundlohngrenzen bei den Krankenkassen“ 1918 S. 241; Jaeger: „Die Bekanntmachung vom 22. November 1917 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges“ 1918 S. 1; Kleeis: „Teuerungszulagen zum Krankengeld aus der Rücklage“ 1917 S. 5; v. Schelhorn: „Deutsche Auslandskrankenversicherung“ 1917 S. 481, 505; Swolinzky: „Die Kriegsnot der Krankenkassen, ihre Ursachen und ihre Beseitigung“ 1917 S. 669.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** v. Gelbern: „Die Bedeutung der höchsten Grundlohnsätze im § 180 RVO.“ 1918 Sp. 301; Jaeger: „Versicherungspflicht von nach § 169 RVO. versicherungsfreien Beamten und Angestellten bei militärischerseits erfolgender Entlassung zur Arbeitsaufnahme in der Rüstungsindustrie“ 1918 Sp. 29; v. Schelhorn: „Zum Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung“ 1917 Sp. 154; Spielhagen: „Neue Bundesratsverordnungen über die Krankenversicherung“ 1917 Sp. 1, 197; —: „Eine neue Bundesratsverordnung über Krankenversicherung und Wochenhilfe“ 1918 Sp. 3; —: „Zur Bekanntmachung vom 17. März 1918 betr. Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges“ 1918 Sp. 219.

c) **Die Ortskrankenkasse:** Cohn: „Gewährung zahnärztlicher Hilfe im Felde“ 1917 Sp. 694; —: „Wieder eine neue Bundesratsverordnung über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges“ 1918 Sp. 226; Gräf: „Die Belastung der Krankenkassen durch die Kriegsteilnehmer“ 1918 Sp. 100; —: „Kassenverwaltung in der Kriegszeit“ 1918 Sp. 233; Jaeger: „Teuerungszulagen an Kassenbeamte“ 1917 Sp. 322; Kleeis: „Wie soll die Entschädigung der Krankenkassen für die Aufwendungen der Kriegsteilnehmer berechnet werden?“ 1917 Sp. 568; Lehmann: „Die Bundesratsbekanntmachung betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland“ 1917 S. 45; —: „Die Vergütung der sog. Lebensmittelzeugnisse durch die Krankenkassen“ 1917 Sp. 213; —: „Änderungen des Krankenversicherungsrechts während der Kriegszeit“ 1917 Sp. 345; Lindemann: „Krieg und Krankengeld“ 1917 Sp. 133; Schloßmann: „Die Krankenkassen als Schrittmacher in der Bevölkerungspolitik“ 1917 Sp. 161.

d) **Die Betriebskrankenkasse:** E. B.: „Über Leistungsfähigkeit der Krankenkassen“ 1917 S. 52; Halbach: „Rechts- und Verwaltungsfragen der Betriebskrankenkassen während des Krieges“ 1917 S. 213, 221; Hoffmann: „Die Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer“ 1918 S. 89.

e) **Die Krankenversicherung:** Frankenberg: „Ersatzleistung der Krankenkassen bei Kriegsunterstützung“ 1918 S. 17; Fuld: „Die Versicherung ausländischer Arbeiter im Kriege“ 1917 S. 186; Gierlinger: „Die Krankenversicherung von Ausländern und Arbeitern im Ausland während des Krieges nach den Bekanntmachungen des Bundesrats vom 2. November und 14. Dezember 1916 und 25. Januar 1917“ 1917 S. 42, 51, 58.

f) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Heine: „Der sechste Werktag der Woche" 1917 Sp. 9; v. Schelhorn: „Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges" 1918 Sp. 33.

g) **Der Versicherungsbote:** Schneider: „Der Einfluß des Krieges auf die Krankenversicherung" 1917 S. 63.

h) **Die Ersatzkasse:** Jaeger: „Der Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in die Ersatzkasse" 1917 S. 37; Spielhagen: „Kann die Zeit einer vorangegangenen militärärztlichen Behandlung auf die Dauer der Leistungspflicht einer Ersatzkasse angerechnet werden?" 1917 S. 25; Tarnowsky: „Die Wirkung der Bundesratsbekanntmachung vom 22. November 1917 auf die Zwangskrankenkassen und die Ersatzkassen" 1918 S. 65.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Die durch den Krieg hervorgerufene Umwälzung des gesamten Wirtschaftslebens stellt andauernd die Frage nach der Versicherungspflicht in den Vordergrund. Frühere Apothekenbesitzer, die sich im vaterländischen Interesse zur Ausübung von Gehilfentätigkeit zum Zwecke der Aufrechterhaltung des Betriebs Apothekern zur Verfügung gestellt haben, sind nach allerdings nicht ganz unanfechtbaren (s. o.) Entscheidungen des Versicherungsamtes und des Oberversicherungsamts Bonn vom 19. Juli 1916 bzw. 23. Oktober 1916 (ArbVers. 1917 S. 37) nicht krankenversicherungspflichtig. Kaufleute, die ihr eigenes Geschäft im wesentlichen durch dritte Personen versehen lassen, sich selbst aber der Gemeinde gegen Entgelt zur Verfügung gestellt haben, unterliegen der Krankenversicherungspflicht (ArbVers. 1918 S. 279 Ziff. 2). Dasselbe gilt von der Ehefrau, die den Posten ihres Mannes in einem Betriebe übernommen hat, auch wenn der Gehalt des Mannes ungekürzt an diesen ausbezahlt, ihr selbst aber eine Vergütung nicht gewährt wird (ArbVers. 1917 S. 454 Ziff. 5). Schüler höherer Lehranstalten, die sich gegen entsprechendes Entgelt als freiwillige Erntehelfer zur Verfügung stellen, sind krankenversicherungspflichtig (ArbVers. 1917 S. 598 Ziff. 2); Schulkinder jedoch, die zu landwirtschaftlichen Betriebsarbeiten herangezogen und entsprechend entlohnt, jedoch bald da, bald dort beschäftigt werden, bleiben im Hinblick auf Ziff. II der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756; Arb.-Vers. 1913 S. 848) zumeist versicherungsfrei (ArbVers. 1917 S. 503 Ziff. 5). Belgische Mädchen, die sich als Landarbeiterinnen nach Deutschland verdingen, gehören, auch wenn sie dort Meldevorschriften unterliegen, zu der krankenversicherungspflichtigen Bevölkerung (ArbVers. 1918 S. 299 Ziff. 2). Soldaten, die in ihrer dienstfreien Zeit am Orte ihres Dienstsitzes gegen entsprechendes Entgelt Arbeit ausüben, sind nach einem Bescheid des RVA. vom 17. November 1916 („Betriebskrankenkasse" 1917 S. 191) zur Krankenkasse zu melden. Dasselbe gilt für Näherinnen, die in Nähstuben des vaterländischen Frauenvereins arbeiten, deren Tätigkeit aber je nach Arbeitsstoff auf längere oder kürzere Dauer unterbrochen, dann aber wieder fortgesetzt wird (ArbVers. 1917 S. 48 Ziff. 6). Arbeitsfähige, jedoch einer kurzen täglichen Behandlung noch bedürftige Lazarettinsassen erachtet das Versicherungsamt Karlsruhe nach einer Entscheidung vom 30. Januar 1917 (Arb.-Vers. 1917 S. 279) bei einer tagsüber ausgeübten Arbeitstätigkeit für krankenversicherungspflichtig.

Die Einberufung zum Heeresdienst löst die Pflichtmitgliedschaft bei einer Krankenkasse auch dann, wenn die Fortsetzung der Beschäftigung nach der Entlassung aus dem Militärverhältnis vereinbart und Gehaltsteile weitergezahlt werden (Rev. Entsch. des RVA. vom 21. April 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 516, ArbVers. 1917 S. 583; Rev. Entsch. des bayer. LVA. vom 19. Dezember 1916 in Mitteilungen des Bayer. LVA. 1917 S. 66; Rev. Entsch. des Sächsischen Landesversicherungsamts vom 23. Februar 1918 in ArbVers. 1918 S. 313; Entsch. des Versicherungsamts der Stadt München vom 8. März 1916 in ArbVers. 1917 S. 399). Ist es dagegen dem Einberufenen möglich, neben seiner militärischen Dienstleistung auch noch seiner bürgerlichen Beschäftigung ganz oder teilweise nachzugehen, so bleibt er nach einer Entscheidung des Versicherungsamts Ahrweiler vom 16. Fe-

bruar 1917 (ArbVers. 1917 S. 256) weiterhin versicherungspflichtiges Kassenmitglied. Da die Frage der Fortdauer des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses bei Einziehung zum Kriegsdienst wesentlich von dem tatsächlichen Moment des Fortbestehens der Verfügungsmacht des Arbeitgebers abhängt, so ist es, wie das RVA. in der Rev. Entsch. 2415 vom 10. November 1917 (Amtl. Nachr. 1918 S. 174) ausgesprochen hat, unzulässig, daß eine Satzung ganz allgemein das Ausscheiden der zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogenen Kassenmitglieder bestimmt, ihre Mitgliedschaft aber bei Einziehung zu militärischen Übungen oder zum Kriegsdienst nach abgeleisteter Dienstpflicht, sei es mit oder ohne Beschränkungen fortbestehen läßt.

Kriegerfrauen, die durch Aufwartearbeiten monatlich 4 bis 8 *M* verdienen, im übrigen aber auf die Kriegsunterstützung angewiesen, also zur Ausübung einer Arbeitstätigkeit ihrer sozialen Lage nach gezwungen sind, können nach einer Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Liegnitz vom 9. August 1916 („Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 189) die Versicherungsfreiheit nach § 168 RVO. wegen bloß vorübergehender Beschäftigung nicht in Anspruch nehmen.

Ebenso unterliegen Personen, die in ihrer eigentlichen Berufstätigkeit nach § 169 RVO. versicherungsfrei sind, dann der Versicherungspflicht, wenn sie, da ihr Hauptberuf während des Krieges ihre Arbeitskraft nicht voll in Anspruch nimmt, einer weiteren entgeltlichen Beschäftigung nachgehen, da die Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. nur für das Beschäftigungsverhältnis gilt, aus dem der Anspruch auf Ruhegehalt usw. herrührt (ArbVers. 1917 S. 686 Ziff. 2 a).

Vom vaterländischen Frauenverein eingerichtete Nähstuben gelten an sich als Wohltätigkeitsanstalten i. S. von § 174 Ziff. 2 RVO. Die in ihnen beschäftigten Kriegerfrauen hat eine Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Liegnitz vom 20. Dezember 1916 m. E. mit Recht als der Versicherungspflicht unterliegend erachtet, einer Anschauung, der jedoch das Oberversicherungsamt Liegnitz (Entsch. vom 8. Mai 1917 in „Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 451) nicht beizutreten vermochte.

Versicherungsberechtigte, welche zum Heeresdienst eingezogen werden, scheiden damit, sofern gleichzeitig die Verfügungsgewalt ihres Arbeitgebers erlischt, aus der die Versicherungsberechtigung begründeten Beschäftigung aus (s. o.); es endet jedoch nach einer Entscheidung des RVA. vom 10. November 1917 (Amtl. Nachr. 1918 S. 174) damit nicht ihre Versicherungsberechtigung nach § 176 Abs. 1 Nr. 1 RVO.

Die mit Bekanntmachung vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085; ArbVers. 1917 S. 817) eingeführte Erhöhung der Obergrenzen des Grundlohnes hat zur Folge, daß nunmehr alle Krankenkassen auf den Mindestsatz von 8 *M* gehen müssen (Arb.-Vers. 1918 S. 117 Ziff. 1 S. 190). Eine förmliche Änderung der Satzung ist jedoch, wie die Bundesratsbekanntmachung vom 17. März 1918 (RGBl. S. 129; ArbVers. 1918 S. 209) verfügt, überflüssig (ArbVers. 1918 S. 198 Ziff. 1; 209). In Wirksamkeit tritt die Änderung erst mit der Genehmigung des Beschlusses der Kassenorgane durch das Oberversicherungsamt (ArbVers. 1918 S. 359 Ziff. 1). Für die bisher in der höchsten Lohnklasse freiwillig Weiterversicherten hat die Verordnung die Folge, daß sie in diejenige neue Lohnstufe übertreten können, der nunmehr die Versicherungspflichtigen mit dem gleichen Tagesentgelt oder Arbeitsverdienst angehören, den der Weiterversicherte zuletzt als Pflichtmitglied bezogen hatte (ArbVers. 1918 S. 199 Ziff. 3).

Mit zu den wichtigsten Fragen zählt die Verpflichtung der Krankenkassen zur Gewährung der Krankenhilfe an Kriegsteilnehmer an sich, sowie wegen Krankheiten, die ursächlich auf den Kriegsdienst zurückzuführen sind. In dieser Richtung ist ein Erlaß des Bayer. Kriegsministeriums vom 9. Dezember 1916 (Arb.-Vers. 1917 S. 180) bemerkenswert, der aus-

drücklich ausspricht, daß es auf die Ursache der Erkrankung nicht ankommt, daß also auch die Krankheiten Versicherter zu entschädigen sind, welche eine Dienstbeschädigung darstellen und daß die Krankenkassen, ebensowenig wie sie gegen die Militärverwaltung einen Ersatzanspruch geltend machen können, berechtigt sind, auf ihre Mitglieder einen Druck dahin auszuüben, daß sie an die Militärverwaltung mit Anträgen auf Übernahme der Behandlung herantreten. Solange daher die Militärverwaltung die Behandlung nicht übernimmt, hat die Krankenkasse auch Krankenpflege, gegebenenfalls auch Krankenhauspflege zu gewähren (ArbVers. 1918 S. 19 Ziff. 6), wie überhaupt der Anspruch auf Krankengeld auch während einer Lazarettbehandlung bestehen bleibt (ArbVers. 1917 S. 96 Ziff. 2, 432 Ziff. 5, 478 Ziff. 3), sofern nur die Arbeitsunfähigkeit durch die Krankheit und nicht etwa durch die z. B. nur im Interesse der Disziplin erfolgte Aufnahme ins Lazarett hervorgerufen ist. An Kriegsgefangene wird die Gewährung des Krankengeldes durch den Aufenthalt im Ausland nicht ausgeschlossen; die Auszahlung darf hierbei auch nicht von der Vorlage eines förmlichen Krankenscheins abhängig gemacht werden, vielmehr wird auch jedes andere geeignete Beweismittel genügen (ArbVers. 1917 S. 525 Ziff. 5; 1918 S. 117 Ziff. 2). Bei geschlechtskranken Heeresangehörigen sollen die Krankenkassen nach einer Entschließung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 15. 9. 17 („Krankenversicherung" 1917 S. 156) bei der Ausfertigung der Krankenscheine möglichst Rücksicht auf eine Geheimhaltung der Erkrankung gegenüber den Familienangehörigen nehmen. Die Leistungspflicht der Kasse dauert auch dann bis zum Ende der gesetzlichen bzw. satzungsmäßigen Dauer fort, wenn das arbeitsunfähig erkrankte Kassenmitglied zum Heeresdienst eingezogen wird und dort weiter arbeitsunfähig bleibt (ArbVers. 1917 S. 688 Ziff. 8).

Die Kosten der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung hat in jedem Falle die Kasse zu tragen (ArbVers. 1917 S. 287 Ziff. 3 a). Für Kosten der Krankenhilfe, die bei einem während des Schmuggelns verletzten Versicherten im neutralen Ausland entstanden sind, braucht die Kasse nicht aufzukommen (ArbVers. 1917 S. 288 Ziff. 9). Ebensowenig trägt sie die Kosten einer von der Polizeibehörde angeordneten Schutzimpfung ihrer Mitglieder gegen Pocken (ArbVers. 1917 S. 262 Ziff. 1). Dagegen treffen nach der Rev. Entsch. des RVA. Nr. 2400 (Amtl. Nachr. 1917 S. 640; ArbVers. 1918 S. 94) die Kasse die Kosten einer ärztlichen Bescheinigung zur Erlangung einer Milchbezugskarte jedenfalls dann, wenn die Milch zu den kleineren Heilmitteln gehört, vom behandelnden Arzt verschrieben ist und die Kasse die Kosten der ärztlichen Behandlung durch diesen Arzt zu tragen hat; die Frage, wieweit der Arzt Anspruch auf Vergütung für das Zeugnis hat, richtet sich jedoch nach seinem Vertrage mit der Kasse (ArbVers. 1918 S. 239 Ziff. 11). Erhebt der Kommunalverband für die zur Bewilligung erhöhter Nahrungsmittel ausgestellten Bescheinigungen auf Grund landesrechtlicher Vorschriften eine Gebühr, so kann für Kassenmitglieder eine Gebührenfreiheit etwa aus § 138 RVO. nicht beansprucht werden (ArbVers. 1918 S. 99 Ziff. 5).

Die Beschaffung von Verbandstoffen, Watte usw. ist für die Krankenkassen und die von ihnen unterhaltenen Anstalten außerordentlich erschwert; für ihre Erlangung bietet ein Erlaß des Preuß. Ministers des Innern vom 4. Januar 1917 („Betriebskrankenkasse" 1917 S. 33) und ein Erlaß der Reichsbekleidungsstelle (ArbVers. 1917 S. 236) nähere Anhaltspunkte.

Für die im besetzten Ausland Versicherten beurteilt sich die Gewährung der Leistungen nach den Grundsätzen der RVO. in Verbindung mit den Vorschriften der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1383; Arb.-Vers. 1917 S. 9); dies gilt namentlich für die Frage, ob bei Aufnahme des Versicherten in ein Lazarett Krankengeld zu gewähren ist

oder nicht (Entsch. d. Versicherungsamts der Stadt München vom 10. Januar 1918 in ArbVers. 1918 S. 209).

Die Frage, ob der versicherten Ehefrau eines Kriegsteilnehmers Hausgeld zu gewähren ist, die Frage also, ob sie bisher von ihrem Arbeitsverdienst mehr als die Hälfte der Unterhaltskosten ihrer Kinder bestritten hat, ist unter Trennung der bezogenen Gesamtfamilienunterstützung in den Anteil der Frau und denjenigen der Kinder zu beurteilen (ArbVers. 1917 S. 382 Ziff. 1 b).

Bei der Kürzung der Kassenleistungen nach § 188 RVO. hat die einem Versicherten im vorangegangenen Jahre von der Militärverwaltung gewährte Lazarettbehandlung, als nicht auf Grund der Reichsversicherung erfolgt, außer Betracht zu bleiben (ArbVers. 1918 S. 217 Ziff. 6).

Da die Gewährung der Krankenpflege durch die Militärverwaltung einen Anspruch auf Krankenpflege durch die Kasse ausschließt, so entfällt auch der nach § 193 Abs. 3 RVO. zulässige Anspruch auf Gewährung einer Geldabfindung an Stelle dieser Sachleistung (Entsch. des RVA. — Großer Senat — vom 27. April 1918 in „Ortskrankenkasse" 1918 Sp. 362; vgl. auch ArbVers. 1917 S. 168 Ziff. 8; 1918 S. 199 Ziff. 4).

Der Anspruch auf Sterbegeld steht den Angehörigen auch dann zu, wenn der gefallene Kriegsteilnehmer vor seinem Einrücken lediglich in Kost und Wohnung war und hierfür die Angehörigen in derselben Weise entschädigt hat, wie dies bei dritten Leuten der Fall gewesen wäre; denn auch hier lag ein häusliches Gemeinschaftsleben vor (ArbVers. 1917 S. 335 Ziff. 6). Die Auszahlung des Sterbegeldes darf ferner nicht von dem Nachweis des Erwachsens von Begräbniskosten abhängig gemacht werden (ArbVers. 1918 S. 40 Ziff. 6). Die Bekanntmachungen über die Verjährungsfristen (RGBl. 1917 S. 1068) finden nach einer Entscheidung des RVA. vom 21. November 1916 (ArbVers. 1917 S. 184) wie auf das Kranken- und Wochengeld, so auch auf das Sterbegeld Anwendung.

Die Bestimmung der Satzung, wonach gewissen im Haushalt des Versicherten lebenden Angehörigen Familienhilfe zu gewähren ist, wenn der Versicherte Vorstand des Haushalts seiner Familie ist, muß dahin ausgelegt werden, daß die versicherte Ehefrau des durch Leistung von Kriegsdiensten auf nicht absehbare Zeit an der Ausübung der Hausherrenrechte behinderten Ehemannes „Haushaltsvorstand" i. S. dieser Bestimmung ist und daher aus ihrer Versicherung Anspruch auf Familienhilfe für die Kinder abgeleitet werden kann (ArbVers. 1917 S. 240 Ziff. 9, 382 Ziff. 1 a).

Die formale Versicherung des § 213 RVO. setzt zwingend eine Anmeldung des formal Versicherten voraus; der Anspruch auf Kassenleistungen kann daher, wie das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 13. November 1917 („Ortskrankenkasse" 1918 Sp. 240) ausspricht, nicht darauf gestützt werden, daß der Arbeitgeber für einen zum Heeresdienst einberufenen und damit aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschiedenen, zur freiwilligen Weiterversicherung aber mangels Erfüllens der Erfordernisse des § 313 RVO. nicht berechtigten Angestellten, die Beiträge fortgezahlt hat. Die formale Versicherung kann auch — ebensowenig wie die Weiterversicherung — nicht mehr begründet werden, wenn der zu versichernde Kriegsteilnehmer im Augenblicke seiner Anmeldung durch dritte Personen bereits gestorben war (Entsch. d. Sächs. Landesversicherungsamtes vom 25. August 1917 in „Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 734). Die Wirkungen der formalen Versicherung werden aber hinsichtlich der russisch-polnischen Arbeiter nicht dadurch ausgeschlossen, daß sie bis zur Errichtung des Königreichs Polen als unfrei und damit als weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt zu gelten haben (ArbVers. 1917 S. 263 Ziff. 5).

Für den Beginn der Dreiwochenfrist des § 214 RVO. ist nach einer Ent-

scheidung des Sächsischen Landesversicherungsamtes vom 16. Juni 1917 (ArbVers. 1917 S. 635) der Augenblick maßgebend, in welchem in objektiv unzweideutig zutage tretender Weise das Beschäftigungsverhältnis gelöst ist; die Frist kann also etwa nicht vom Tage der Einberufung an gerechnet werden. Bei zeitweise zurückgekehrten und in dieser Zeit einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehenden Kriegsteilnehmern ist auf die Anwendung der Bundesratsbekanntmachung vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279; ArbVers. 1916 S. 801) besonders zu achten (ArbVers. 1917 S. 785 Ziff. 5).

Diejenigen Ortskrankenkassen, welche gemäß § 2 der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1916 über Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland (RGBl. S. 1383; ArbVers. 1917 S. 9) zur Versicherung der von deutschen Unternehmern für Zwecke des deutschen Heeres oder der Kaiserlichen Marine in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland Beschäftigten zuständig sind, bestimmt ein Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 20. September 1917 (ArbVers. 1917 S. 736).

Der Krieg ist selbstverständlich nicht ohne weitgehenden Einfluß auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Betriebe gewesen, welche Betriebskrankenkassen unterhalten. Soweit solche Betriebe in ihrer Arbeiterzahl unter 100 herabgingen, soll nach einem Bescheid des Reichsamts des Innern („Betriebskrankenkasse" 1917 S. 92) die Schließung der Betriebskrankenkasse nicht sofort vorgenommen, sondern erst die Wiederkehr geordneter und gesicherter wirtschaftlicher Verhältnisse abgewartet werden. Wird der Betrieb eingestellt, so besteht die Kasse solange fort, als nicht das Oberversicherungsamt die Schließung angeordnet hat; wird nur die Betriebsart gewechselt, so kann die Betriebskrankenkasse auch auf die Arbeiter des neuen Betriebs erstreckt werden, sofern nur derselbe Arbeitgeber Unternehmer bleibt (ArbVers. 1917 S. 526 Ziff. 8); erfolgt allerdings eine Verlegung des ganzen Betriebs oder auch von Betriebsteilen außerhalb des Ortes, auf den sich der Kassenbezirk erstreckt, so sind die in dem verlegten Betriebsteile beschäftigten Arbeiter nicht mehr zur Betriebskrankenkasse, sondern zur Allg. Ortskrankenkasse des Ortes, an den der Betriebsteil verlegt wurde, zuständig.

Den zum Heeresdienst einberufenen Versicherten steht bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen das Recht der freiwilligen Weiterversicherung nach § 313 RVO. zu. Sie können daher in eine niedere Lohnstufe übertreten (Arb.-Vers. 1917 S. 287 Ziff. 3 b). Dieser Übertritt ist nur dann ausgeschlossen, wenn trotz der Einberufung das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis weiterbesteht (s. o.), da dann ja eine freiwillige Weiterversicherung überhaupt nicht in Frage kommt (Entsch. des Versicherungsamts Ahrweiler vom 16. Februar 1917 in ArbVers. 1917 S. 256). Auch für vermißte Kriegsteilnehmer sind, falls die etwa in Betracht kommenden Leistungen später gefordert werden wollen, die Beiträge zur freiwilligen Weiterversicherung fortzuzahlen (ArbVers. 1917 S. 239 Ziff. 4 b); stellt sich später ein früherer Tag als Todestag heraus, so sind die über diesen Zeitpunkt entrichteten Beiträge zurückzuzahlen (ArbVers. 1918 S. 268). Auch auf militärischen Befehl in Polen zu Wegebauarbeiten Herangezogene bleiben, da sie Kriegs- bzw. diesen ähnliche Dienste verrichten, Weiterversicherte und fallen nicht unter die Bekanntmachung vom 14. Dezember 1916 betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland (RGBl. S. 1383; ArbVers. 1917 S. 9); die bisherige Kasse hat daher für diese Personen einzutreten, ohne allerdings die Kosten einer von ihr nicht angeordneten Krankenhauspflege übernehmen zu müssen (ArbVers. 1917 S. 786 Ziff. 9). Hat eine Firma ihren zum Heeresdienst eingezogenen Angestellten zur freiwilligen Weiterversicherung angemeldet, so steht ihr ein Abmeldungsrecht nicht mehr zu, es sei denn, daß sie hierzu ausdrücklich ermächtigt ist; nimmt sie trotzdem die Abmeldung vor, so tritt der Verlust der Mitgliedschaft erst im Wege des § 314 RVO.,

d. h. nach zweimaliger Beitragsversäumnis ein (ArbVers. 1917 S. 768 Ziff. 6). Eine so nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschene Mitgliedschaft kann bei der Rückkehr in die Heimat wieder aufgenommen werden (ArbVers. 1918 S. 219 Ziff. 10).

Die überall eingeführte Gewährung von **Teuerungszulagen** hat auch eine anderweite **Beitragsberechnung** zur Folge; die erhöhten Beiträge kommen aber bei einer mit Rückwirkung auf einen früheren Zeitpunkt bewilligten Gehaltszulage nur für die Zukunft und nicht für die Vergangenheit in Betracht; dies gilt sowohl für Beiträge wie für Leistungen (ArbVers. 1917 S. 826 Ziff. 1). Beiträge, die über den nachträglich als Todestag eines bisher Vermißten festgesetzten Zeitpunkt hinaus gezahlt worden sind (s. o.), können nach einer Entscheidung des Versicherungsamts Leipzig vom 19. März 1918 (ArbVers. 1918 S. 268) zurückgefordert werden. Ebenso sind die Beiträge für einen unständig Beschäftigten, der ohne abgemeldet zu sein, in das besetzte Gebiet übergesiedelt ist, zurückzuzahlen, da für unständig Beschäftigte nur eine Beschäftigung im Inland in Frage kommt (ArbVers. 1918 S. 279 Ziff. 3 a).

Dem Mangel an **Ärzten** sucht ein Bescheid des K. Preuß. Kriegsministeriums vom 31. Januar 1917 („Krankenversicherung" 1917 S. 52) zu steuern, wonach keine Bedenken bestehen, wenn für Kriegsdauer bei der Heeresverwaltung verwendete Ärzte, die nicht dem aktiven Sanitätskorps angehören, Kassenpraxis ausüben, soweit dies ohne Schädigung des militärischen Dienstes möglich ist. Wie eine Bekanntmachung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 6. Mai 1918 (Amtsblatt 1918 Nr. 121) bemerkt, wird von dem Preisabschlag des § 376 Abs. 2 RVO. auch der dem **Apotheker** bewilligte Teuerungszuschlag von 20 ₰ betroffen, während er bei Handverkaufspreisen nach § 376 Abs. 2 RVO. überhaupt ohne Ansatz bleibt.

Nach § 392 RVO. sind, wenn die Einnahmen der Kasse die Ausgaben übersteigen und die Rücklage das Doppelte ihres gesetzlichen Betrages erreicht hat, die Beiträge zu ermäßigen oder die Leistungen zu erhöhen; während des Krieges ist dies nur auf dem Wege des Sicherungsgesetzes möglich (Arb.-Vers. 1917 S. 336 Ziff. 8).

Ausländische feindliche Arbeiter, die vor Kriegsausbruch in Deutschland waren und deren Beschäftigungsverhältnis ununterbrochen fortgedauert hat, die aber vom Kriegsausbruch bis zum Inkrafttreten der Bekanntmachung vom 2. November 1916 betr. Krankenversicherung von Ausländern (RGBl. S. 1247) nicht der Krankenversicherungspflicht — auch nicht im Wege vertraglicher Regelung (ArbVers. 1917 S. 21 Ziff. 1 b) — unterlagen, müssen, wenn sie bis Kriegsausbruch nach § 418 RVO. von der Versicherung befreit waren, nicht zur Kasse angemeldet werden; der einmal gestellte Antrag auf Befreiung wirkt vielmehr, wie die Rev. Entsch. vom 10. November 1917 (Amtl. Nachr. 1918 S. 181) ausführt, in diesem Falle ununterbrochen weiter (A. A. ArbVers. 1917 S. 21 Ziff. 1 a, 807 Ziff. 14).

Erscheint von den ordnungsgemäß geladenen Mitgliedern eines Kassenorgans zur Sitzung nur eines, wie es während des Krieges bei der mannigfachen Inanspruchnahme der Mitglieder nicht unmöglich ist, so können gültige Beschlüsse nicht gefaßt werden. Zur **Beschlußmäßigkeit der Kassenorgane** ist das Erscheinen von mindestens zwei Mitgliedern nötig (ArbVers. 1918 S. 339 Ziff. 1).

Die Amtsdauer der **Mitglieder der Kassenorgane** ist zwar bis zum Ende des Jahres verlängert, das auf das Jahr folgt, in welchem der Krieg beendet ist; dies schließt aber nicht aus, daß für „aufgebrauchte" Kassenorgane Ergänzungswahlen stattfinden müssen (ArbVers. 1917 S. 120 Ziff. 8, 526 Ziff. 14) und zwar gilt dies auch dann, wenn während des Krieges die Zahl der Mitglieder eines Organs vermindert wird, die Herstellung des neuen Bestands aber auch durch Ausscheiden der nunmehr

überflüssigen Zahl herbeigeführt werden könnte (ArbVers. 1917 S. 527 Ziff. 12). Soweit Ersatzmänner an die Stelle des einberufenen Mitgliedes treten, haben sie solange ihres Amtes zu walten, bis das Mitglied, an dessen Stelle sie traten, wieder zurückkehrt (ArbVers. 1917 S. 120 Ziff. 5). Die Verlängerung der Amtsdauer bezieht sich nach einer nicht ganz zweifelsfreien Auskunft der „Arbeiterversorgung" (1918 S. 200 Ziff. 7, S. 340 Ziff. 5) nur auf die Mitglieder der Kassenorgane; der Vorsitzende des einzelnen Organs ist daher nach Ablauf der gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Amtszeit wieder zu wählen. Übernimmt ein Vorstandsmitglied gegen Entschädigung die Vertretung eines einberufenen Kassenbeamten, so ist es nicht seines Amtes zu entheben; wohl aber muß es sich nach einer Entscheidung des RVA. vom 1. Dezember 1917 („Ortskrankenkasse" 1918 Sp. 145) darüber schlüssig werden, ob es sein Vorstandsamt niederlegen oder auf die entschädigte Beschäftigung als Kassenbeamter verzichten will, da eine Ausübung beider Tätigkeiten unzulässig ist.

Am meisten von den Kriegsverhältnissen sind naturgemäß die Kassenangestellten betroffen, da ihre Verhältnisse bei Kriegsbeginn keineswegs überall bereits geregelt waren. Der Kassenbeamte hat im Falle seiner Einberufung Anspruch auf Gewährung des vollen Gehalts, da auf die mit den Rechten und Pflichten der Gemeindebeamten ausgestatteten Krankenkassenangestellten § 66 Reichsmilitärgesetzes Anwendung findet (Entscheidungen des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 13. November 1916 und 19. September 1917 in ArbVers. 1917 S. 134, 739; Entschließung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 10. Dezember 1917 in „Krankenversicherung" 1918 S. 12). Für die übrigen Angestellten bemißt sich die Höhe und der Umfang des während ihrer Einberufung zu zahlenden Gehalts in erster Linie nach der Dienstordnung und dem Vertrag (Arb.-Vers. 1917 S. 96 Ziff. 3). Sieht die Dienstordnung die Fortgewährung des Gehalts auf einen längeren, festumrissenen Zeitraum vor, so beginnt bei wiederholter Unterbrechung des Kriegsdienstes und während dieser Zeit erfolgter Wiederaufnahme der Beschäftigung bei der Kasse dieser Zeitraum nicht jedesmal von neuem zu laufen, vielmehr sind die verschiedenen Zeiten der Behinderung an der Ausübung des Kassendienstes zusammenzurechnen (ArbVers. 1917 S. 23 Ziff. 11, 647 Ziff. 4, 688 Ziff. 9). Gewährt die Kasse auch der Ehefrau von eingerückten Angestellten noch neben der Gehaltsfortzahlung Leistungen, so handelt es sich hier um freiwillige Zuwendungen, deren Umfang von der Aufsichtsbehörde kontrolliert und gegebenenfalls beanstandet werden kann, wenn schon diese anderseits nicht in der Lage ist, die Kasse zur Gewährung solcher Zuwendungen anzuhalten (ArbVers. 1918 S. 140 Ziff. 6).

Auch die Krankenkassenangestellten haben ein Recht auf ausreichende Teuerungszulagen (Erlaß des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 22. Februar 1918 in ArbVers. 1918 S. 193). Die mit den Rechten und Pflichten gemeindlicher Beamter ausgestatteten Krankenkassenbeamten haben aber deshalb noch keinen Rechtsanspruch auf dieselben Teuerungszulagen, wie sie den ihrer Dienststellung entsprechenden Kommunalbeamten gewährt werden; für sie ist ausschließlich das vom Oberversicherungsamt aufgestellte Regulativ maßgebend (Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 20. November 1917 in ArbVers. 1918 S. 193; vgl. auch ArbVers. 1917 S. 707 Ziff. 1, 1918 S. 159 Ziff. 5). Diese nach dem Regulativ festgelegten Teuerungszulagen sind den zum Heeresdienst eingezogenen Kassenbeamten auch dann fortzuzahlen, wenn die Dienstordnung für die Kassenangestellten in diesem Falle eine Fortzahlung nicht vorsieht (Arb.-Vers. 1917 S. 648 Ziff. 11). Ist eine Dienstordnung noch nicht vorhanden, so bedarf es zur Gewährung von Teuerungszulagen neben der Beschlußfassung des Vorstandes noch der Zustimmung des Ausschusses, nicht

aber der Genehmigung des Oberversicherungsamtes (ArbVers. 1917 S. 358 Ziff. 2).

Hat ein Vorstand den Angestellten zum Zwecke der Zeichnung auf Kriegsanleihe aus Kassenmitteln Vorschüsse gewährt, so kann er die Zinsen der gezeichneten, aber noch nicht abgetragenen Beträge für die Kasse zurückbehalten (ArbVers. 1917 S. 479 Ziff. 10).

Wenn auch die Krankenkassen als behördliche Einrichtungen i. S. des § 2 des Hilfsdienstgesetzes anerkannt sind, so haben sie doch nach einem Bescheid des K. Preuß. Kriegsamts vom 12. September 1917 (ArbVers. 1917 S. 653) die Einziehung hilfsdienstpflichtiger Beamter und Angestellter zum Hilfsdienst zu gewärtigen, wenn diese Personen durch nicht hilfsdienstpflichtige Dritte ersetzt werden können.

Hatten die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes einer Ersatzkasse bis zum Eintritt in die Kriegsdienste gemäß § 517 RVO. bei der Ortskrankenkasse geruht und wird dieses Mitglied nun bei seiner Rückkehr aus dem Felde wieder Mitglied der Ersatzkasse, so wirkt der früher nach § 517 RVO. gestellte Antrag nicht mehr fort; der Wiedereintritt in die Ersatzkasse ist vielmehr gemäß der Rev. Entscheidung des RVA. 2364 vom 21. April 1916 (Amtl. Nachr. 1917 S. 520; ArbVers. 1917 S. 636) als neuer Beitritt im Verhältnis zur gesetzlichen Kasse anzusehen. (Fortsetzung folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 5 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Mai 1918.)

I. Unfallversicherung.

Wer sich als Kriegsteilnehmer im besetzten Feindesland aufhält, befindet sich im Sinne des § 1610 RVO. im Ausland (2985 S. 334).

Lohn für Feiertage und für die Zeit eines Erholungsurlaubs sowie der Zuschuß für die Zeit einer militärischen Friedensübung des Arbeiters sind bei der Unfallversicherung in der Regel als Entgelt anzusehen. Dagegen ist der Lohn für Krankheitszeiten bei der Umlegung der Beiträge und bei der Rentenberechnung nicht zu berücksichtigen (2986 S. 335).

Unterstützungen, die ein Unternehmer den Arbeitern freiwillig für einen längeren Zeitraum der Arbeitslosigkeit gewährt, sind nicht als „Entgelt" im Sinne des § 732 Abs. 1 und des § 160 Abs. 1 RVO. anzusehen (2987 S. 336).

Zur Durchführung der Bekanntmachung über verstärkte Heranziehung kriegswichtiger Betriebe usw. v. 11. 2. 18 (RGBl. S. 81, ArbVers. S. 132) hat sich das Reichsversicherungsamt in drei Bescheiden geäußert: 1. Unter den Worten „für eine bestimmte Zeit" im § 1 ist der Zeitraum eines oder mehrerer Jahre zu verstehen. Zuschlagsforderungen aus § 1 nach Festsetzung des Umlagebeitrags und Zustellung des Heberollenauszugs an die Genossenschaftsmitglieder sind nicht zu billigen, wenn ihnen nicht schon vorher Kenntnis von dem Vorstandsbeschluß über die Erhebung von Zuschlägen gegeben worden ist. Der Zuschlag darf auf eine einzelne Firma nur dann beschränkt werden, wenn sie der einzige Betrieb der Genossenschaft ist, der für die Erzeugung von Kriegsbedarf umgestaltet worden ist. — 2. Bloße Betriebserweiterungen rechtfertigen den Zuschlag nicht; unter neu eingerichteten Betrieben sind nur wesentlich umgestaltete zu verstehen. Höhe und Zeitdauer des Zuschlags können für die in Betracht kommenden Betriebe innerhalb der vorgesehenen Grenze nach Ermessen des Vorstandes verschieden festgesetzt werden. Der Zuschlag ist nach § 1 von dem auf den Gesamtbetrieb umzulegenden Beitrag zu erheben; der Umfang der neuen Einrichtung wird aber für die Höhe des Zuschlags maßgebend sein. Es wird darauf ankommen, welches Unfallwagnis im Verhältnis zu den von den Betrieben zu zahlenden Umlagebeiträgen die neu errichteten oder neu eingerichteten Betriebe nach den bisherigen Erfahrungen der Berufsgenossenschaft bieten für den Fall, daß sie in absehbarer Zeit auf den früheren Betriebszweig wieder zurückgeführt oder ganz verschwinden werden. — 3. Die erhöhte Betriebsgefahr, der die in der Kriegszone für Rechnung der Heeresverwaltung ausgeführten Bauarbeiten ausgesetzt sind, bietet keinen Anlaß zur Anwendung der Verordnung. Als neu eingerichtete Betriebe können nur solche gelten, deren Betriebsform wesentlich umgestaltet worden ist. (Bescheide 2988 S. 2988).

Nach Mitteilung der Reichsbekleidungsstelle können die einer Berufsgenossenschaft angehörenden Betriebe sich die für ihre Verbandskästen benötigten Verbandstoffe verschreiben lassen und durch die Apotheken beziehen oder, bei sehr erheblichem Jahresbedarf an

baumwollenen Verbandstoffen, bei der Reichsbekleidungsstelle (Abt. B für Anstaltsversorgung, Berlin W. 50, Nürnberger Platz 1) den Antrag auf Zulassung als Großverbraucher baumwollener Verbandstoffe stellen, in welchem Falle unmittelbare Belieferung durch eine Fabrik stattfindet (Mitteilung 2989 S. 338).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Personen des Soldatenstandes, die zu einer an sich versicherungspflichtigen Tätigkeit kommandiert werden, unterliegen nicht der Krankenversicherungspflicht (2450 S. 339).

Krankengeld ist im Sinne des § 183 Abs. 1 Satz 1 RVO. nicht nur dann „bezogen", wenn es tatsächlich gezahlt ist, sondern schon dann, wenn es dem Versicherten gesetzlich zusteht (2451 S. 339).

In den Fällen der §§ 420, 422 Abs. 1 RVO. ist der Anspruch des Versicherten auf Krankengeld schon dann ausgeschlossen, wenn der Wert der ihm für die Dauer der Krankheit tatsächlich gewährten Sachleistungen, einschließlich der für den sonstigen Teil des Jahres geschuldeten, den dreihundertfachen Betrag des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes erreicht, oder wenn er für den Arbeitstag tatsächlich einen Entgelt im Werte des täglichen Krankengeldes erhält. Es kommt nicht darauf an, ob die vollen ausbedungenen Sachleistungen gewährt werden (2452 S. 341).

Eine Verhinderung durch Kriegsverhältnisse im Sinne des § 3 der Bekanntm. v. 12. 5. 16 über Antragsrecht in der Inv.- u. Hinterbl.-Vers. (RGBl. S. 371, ArbVers. S. 375) liegt schon dann vor, wenn dem Versicherten bei billiger Berücksichtigung aller Umstände die Stellung eines Antrags auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht zugemutet werden konnte (2453 S. 342).

Streit darüber, ob die Berufsgenossenschaft in den Fällen des § 1513 RVO. befugt ist, der Krankenkasse die Zahlung des Krankengeldes zu übertragen, ist nicht im Spruchverfahren, sondern im Beschlußverfahren zu entscheiden (2454 S. 343).

Die den Angehörigen von Kriegsteilnehmern auf Grund des Ges., betr. die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften (RGBl. 1888 S. 59, 1914 S. 332, 1915 S. 629) gewährten Unterstützungen sind keine Armenunterstützungen und begründen keinen Ersatzanspruch nach §§ 1531 ff. RVO.; zu vgl. 2035 Amtl. Nachr. 1915 S. 553 (2455 S. 344).

Der Vorschlag des Versicherungsamts, den Rentenbewerber nochmals ärztlich untersuchen zu lassen, ist kein Gutachten im Sinne des § 1623 Abs. 1 RVO. (2456 S. 346).

Die Verjährungsfrist für den Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen (§ 29 Abs. 2 RVO.) ist durch Bekanntmachungen, die während des Krieges ergangen sind, nicht verlängert worden (2457 S. 346).

Wird ein Berufsarbeiter neben seiner versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung von Arbeitgebern nebenher, sei es gelegentlich, sei es in regelmäßiger Wiederkehr, beschäftigt, so sind für keine dieser nach I Ziff. 4 der Bek. v. 17. 11. 13 (RGBl. S. 756, ArbVers. S. 848) versicherungsfreien Nebenbeschäftigungen Kassenbeiträge zu entrichten (2458 S. 350).

Wenn eine Kasse den Arbeitgebern nachläßt, die für sie bestimmten Meldungen gleichzeitig mit den polizeilichen Meldungen auf einem besonderen Abschnitt des Vordrucks zu erstatten, so gelten die Meldungen der Kasse gegenüber mit Erfüllung der polizeilichen Meldepflicht, also unter Umständen mit der Übergabe an den Hausverwalter als bewirkt (2459 S. 351).

Bestrafung aus § 530 Abs. 2 RVO. setzt — wie aus Abs. 1 — Verschulden voraus (2460 S. 352).

Das Versicherungsamt darf seine Strafverfügung, gegen die Beschwerde eingelegt ist, nicht aufheben (2461 S. 353).

Für die Strafverfolgung hinsichtlich der Nebenstrafe des § 531 Abs. 2 RVO. gilt die für die Strafe aus § 530 maßgebende Verjährungsfrist; sie läuft aber erst von der Rechtskraft dieser Strafe (2462 S. 354).

Die Rentenzulage im Sinne der Bek. v. 3. 1. 18 (RGBl. S. 7, ArbVers. S. 52) soll nur natürlichen, nicht auch juristischen Personen zugute kommen (Bescheide 2463 a, b, c S. 356).

Für die Post gilt der Empfänger des Rentenbetrags auch als der zur Erhebung der Zulage Berechtigte, wenn nicht der Versicherungsträger abweichende Anweisung gibt. Dies gilt auch bei Rentenpfändungen (Bescheid 2464 S. 357).

Den Postanstalten liegt eine Prüfung ob der im § 1 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen v. 5. 1. 18 (Amtl. Nachr. S. 164, ArbVers. S. 53) vorgeschriebene Vermerk „Zulage nicht zahlbar" versehentlich weggelassen ist, nicht ob (2465 S. 357).

B. Zur Krankenversicherung.

Sind bei Streit über den Anspruch einer Kasse auf Rückzahlung zu Unrecht gewährter Kassenleistungen die Versicherungsbehörden zuständig?

Beschluß des sächs. Landesversicherungsamts vom 1. Juni 1918.

Eine Krankenkasse hatte einem Versicherten in drei Fällen Krankengeld gezahlt. Später behauptete sie, unter Berufung auf den Ausspruch des Kassenarztes, daß die drei Erkrankungen einen einzigen, fortdauernden Versicherungsfall gebildet hätten, daß daher die satzungsmäßige Leistungsdauer vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit im ersten Erkrankungsfall ab zu berechnen sei und daß hiernach der Versicherte schon über die satzungsmäßige Dauer hinaus Krankenunter-

stützung bezogen habe. Sie forderte daher das überzahlte Krankengeld zurück.

Das Versicherungsamt verurteilte den Beklagten zur Rückzahlung. Auf dessen Berufung hob das Oberversicherungsamt, gestützt auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2112, Amtl. Nachr. 1915 S. 764, ArbVers. 1916 S. 34, das Urteil des Versicherungsamts auf und wies die Klage wegen Unzuständigkeit der Versicherungsbehörden ab, weil der Anspruch auf Rückzahlung zu Unrecht gewährter Kassenleistung nur durch Klage im ordentlichen Rechtswege geltend gemacht werden könne. Auf Revision der Kasse hat das Landesversicherungsamt beschlossen:

Die Sache wird an den Großen Senat des Reichsversicherungsamts verwiesen.

Aus den Gründen:

Das Landesversicherungsamt steht vor der Frage, ob der Ansicht des Oberversicherungsamtes beizupflichten ist,

daß der Kasse nur die Möglichkeit der Klage im ordentlichen Rechtswege offen ist.

Das Oberversicherungsamt stützt sich dabei auf eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, in der ausgeführt ist, daß zu Unrecht gezahlte Unterstützungen im Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung nur dann zurückgefordert werden könnten, wenn dieses Verfahren ausdrücklich vorgeschrieben wäre, daß dies aber nicht der Fall sei, weil es sich weder um Ansprüche im Sinne des § 1551 RVO., noch um solche nach § 224 handele.

Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß die in den beiden Paragraphen vorgesehenen Streitigkeiten in der Tat nicht Zurückforderungen von Kassenleistungen betreffen. Daß aber mangels einer besonderen Regelung nach der RVO. nur die Klage im ordentlichen Rechtswege übrig bleibe, soweit die Zurückforderung nicht etwa im Wege der Aufrechnung geltend gemacht werde, möchte das Landesversicherungsamt nicht folgern. Ganz allgemein muß es schon aus Gründen der Einheitlichkeit der Rechtsprechung nach Möglichkeit vermieden werden, neben der Zuständigkeit der Versicherungsbehörden in gewissen Fällen noch die der ordentlichen Gerichte zuzulassen, zumal diese nicht an die Grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamtes und der Landesversicherungsämter gebunden wären. Es will dem Landesversicherungsamte auch gar nicht nötig erscheinen, daß für die Zurückforderung von Kassenleistungen eine besondere Regelung getroffen werden müßte, da die vorhandenen Verfahrensvorschriften der RVO. ausreichen, um auch die Verfolgung solcher Ansprüche zu decken. Denn wenn das 6. Buch der RVO. in seinem größten Hauptabschnitte A von der „Feststellung der Leistungen" handelt, so ist durch dieses Verfahren sowohl der Ausgang geregelt, daß die Leistungen zugesprochen werden wie der, daß sie abgesprochen werden. Und folgerichtig treffen die vorgesehenen Verfahrensvorschriften nicht nur dann zu, wenn von vornherein die Kasse den Anspruch bestreitet, sondern auch dann, wenn die Leistungen von der Kasse zunächst gewährt, aber hinterher noch als ohne Grund geleistet zurückgefordert werden. Es wird dann nachträglich das gleiche Verfahren zur Feststellung der Leistungen eingeleitet, das sonst von vornherein abgesetzt wird, nur nicht auf Betreiben des Versicherten, sondern der Kasse und nicht in der Absicht, daß die Leistungspflicht zuerkannt wird, sondern in der Absicht, daß sie aberkannt wird. Es handelt sich also genau so wie sonst um Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung, über die nach §§ 1636 ff. RVO. im Spruchverfahren zu entscheiden ist. Nur scheidet die Notwendigkeit der vorausgehenden Feststellung durch den Versicherungsträger aus, weil der Versicherungsträger seinerseits schon die Leistung bewirkt hatte und dieser Umstand gerade der Anlaß zur Zurückforderung ist. Infolgedessen fällt die Beobachtung der im ersten Unterabschnitte (Feststellung durch die Versicherungsträger) stehenden §§ 1545, 1551 Abs. 1 RVO. aus, die sonst die Stellung des Antrags auf Leistungen der Krankenversicherung bei der Krankenkasse oder dem sonst Verpflichteten fordern. Der Rechtsgrund der Forderung besteht ja eben darin, daß das Vorhandensein eines „Verpflichteten" bestritten wird. Im übrigen wurzelt ebenso wie der Anspruch des Versicherten auf Kassenleistungen auch der Anspruch der Kasse auf Rückgewährung solcher im öffentlichen Rechte, und die Aufgabe der Recht sprechenden Behörde ist ganz die gleiche, als wenn die Leistungspflicht vor der Bewilligung der Krankenunterstützung bestritten worden wäre. Im Grunde betrifft auch der über die Rückerstattung der Leistungen entstehende Rechtsstreit die Verpflichtung zur Leistung. Die Rückforderung der Leistung ist nur die besondere Gestalt, welche die Abwehr annimmt, weil der Leistungsanspruch von der Kasse bereits erfüllt ist, und die ohne Grund geleistete Zahlung rückgängig zu machen, bildet nur die Kehrseite des gleichen Rechtsgrundes, von der auch der Anspruch auf Zahlung ausgeht. Es sind also lediglich die Parteirollen vertauscht. Zu den von Hahn in ArbVers. 1916 S. 97 ff. — im Gegensatze zu Hoffmann (in ArbVers. 1916 S. 217 ff.) — zur Unterstützung seiner mit dem hier vertretenen Standpunkte übereinstimmenden Auffassung angeführten Entscheidungen ist noch zu erwähnen, daß das Sächsische Oberverwaltungsgericht auch auf steuerrechtlichem Gebiete die Meinung verfochten hat, daß die Bestimmung des sächsischen Organisationsgesetzes, die für Entscheidungen in bezug auf Beiträge gilt, auch auf Entscheidungen über Rückforderung solcher Beiträge Anwendung findet (Jahrbuch V III. 67). Ebenso hat der in der Revisionsschrift erwähnte preußische Gerichtshof zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte in dem angezogenen, in ArbVers. 1917, 417 abgedruckten Urteile aus entsprechenden Erwägungen ausge-

sprochen, daß gerade so, wie für den Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen den Versicherungsträger wegen Unterstützung eines Hilfsbedürftigen ausdrücklich in der Reichsversicherungsordnung das Spruchverfahren vorgeschrieben ist, auch die Rückforderung des ohne Grund geleisteten Ersatzes vor den Versicherungsbehörden nach §§ 1531, 1540 RVO. geltend zu machen ist.

Auch § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes führt nach Ansicht des Landesversicherungsamtes nicht dazu, die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte anzuerkennen. Dieser Paragraph bestimmt nur, daß vor die ordentlichen Gerichte diejenigen bürgerlichen Streitigkeiten gehören, für welche nicht entweder die Zuständigkeit von Verwaltungsbehörden oder Verwaltungsgerichten begründet ist oder reichsgesetzlich besondere Gerichte bestellt oder zugelassen sind. Dieses letztere ist nicht der Fall und ersteres beantwortet sich nach Landesrecht. Für das sächsische Landesrecht kommt das AGesetz über Kompetenzverhältnisse zwischen Justiz und Verwaltungsbehörde vom 28. Januar 1835 (Verordnungsblatt S. 55) in Betracht. §§ 6, 7 dieses Gesetzes schreiben den ordentlichen Rechtsweg vor, wenn es sich um eine Irrung über privatrechtliche Verhältnisse handelt und § 11 beschränkt weiter die Zuständigkeit der Verwaltungsbehörden für den Fall, daß jemand sich auf besondere Rechtstitel beruft; im übrigen entscheiden nach §§ 8, 9 über Irrungen des öffentlichen Rechtes die Verwaltungsbehörden. Die Voraussetzungen der §§ 6, 7, 11 versagen im vorliegenden Falle, da nach der Meinung des Landesversicherungsamtes die Grundlage des Rückforderungsanspruches eine öffentlich-rechtliche ist und die Behauptung zu Unrecht gezahlter Leistung keine Berufung auf einen besonderen Rechtstitel darstellt, sondern ihrem Wesen nach bloß auf eine Verneinung des Bestehens der Verpflichtung der Leistung hinauskommt. Wenn nicht schon die Zuständigkeit der besonderen Instanzen der Reichsversicherungsordnung gegeben wäre, so würden also auch nach dem AGesetze niemals die ordentlichen Gerichte, sondern vielmehr die Verwaltungsbehörden zuständig sein.

Auf Grund aller dieser Erwägungen bekennt sich das Landesversicherungsamt zu der Ansicht, daß der ordentliche Rechtsweg versagt ist und das Spruchverfahren vor den Versicherungsbehörden Platz zu greifen hat.

Auf die weiteren Fragen, ob wirklich es sich um ein und denselben Versicherungsfall gehandelt hat, und warum mit 34 Wochen die Aussteuerung erfolgt ist, war zur Zeit nicht einzugehen.

Da das Landesversicherungsamt in dieser grundsätzlichen Rechtsfrage von der erwähnten amtlich veröffentlichten Entscheidung des Reichsversicherungsamtes abweichen will, so war die Sache gemäß §§ 1717, 1718 RVO. an den großen Senat zu verweisen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1918 S. 351 ff.)

Nr. 278. Ein Artist, der von Spezialitätentheatern für kürzere Zeiträume zur Darbietung einer bestimmten Vorführung angenommen wird, ist als selbständiger Unternehmer nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 279. Die in Preußen als Einzelbeamte tätigen Fleischbeschauer sind nicht selbständige Gewerbetreibende, sondern Angestellte der örtlichen Polizeiverwaltung und als solche nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 280. Ein Leser eines Zeitungsnachrichtenbureaus, der Zeitungen daraufhin durchzusehen hat, ob darin einer der in einem Stichwortverzeichnis aufgeführten Gegenstände behandelt wird, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 281. Aufseherinnen in einem städtischen Heim für verlassene Kinder, die unter der Leitung von Hauseltern die körperliche Pflege der Kinder besorgen und häusliche Arbeiten verrichten, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn sie bei ihrer Tätigkeit erzieherisch auf die Kinder einwirken.

Nr. 282. Der in der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts aufgestellte Grundsatz, daß bei der Prüfung der Frage der Versicherungspflicht nicht so sehr die rechtliche Gestaltung als die tatsächlichen Verhältnisse entscheidend sind, gilt auch für die Angestelltenversicherung.

Nr. 283. Bei Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes im Sinne des § 1 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist ein Ruhegehalt, das der Angestellte auf Grund früherer Beschäftigung bezieht, nicht zu berücksichtigen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Sozialversicherung in der Bevölkerungspolitik.

Der vom Reichstag eingesetzte Ausschuß für Bevölkerungspolitik hat einen Bericht über seine Beratungen hinsichtlich der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erscheinen lassen. In den Verhandlungen sind auch wiederholt eingehend Fragen der sozialen Versicherung zur Sprache gekommen. Hierher gehört die, welche Fürsorge getroffen ist, daß bei versicherungspflichtigen Erkrankten den zuständigen Landesversicherungsanstalten Kenntnis von diesen gegeben werde und welche Erfolge die bisherigen Maßnahmen gezeitigt haben. Es wurde hierbei festgestellt, daß von den bis jetzt aus dem Heeresverbande entlassenen Dienstuntauglichen etwas mehr als 1 v. H. geschlechtskrank befunden worden seien. Von diesen haben sich nur 6 v. H. bereit erklärt, ihre Meldung an die Landesversicherungsanstalt zwecks Nachkontrolle und Weiterbehandlung zu gestatten. Die Militärverwaltung habe daher mit dem System des Befragens der Soldaten ihre Absichten nicht erreichen können. Es sei deshalb notwendig, daß von allen versicherungspflichtigen geschlechtskranken Kriegsteilnehmern Meldung an die zuständigen Landesversicherungsanstalten erstattet werde. Es wurde festgestellt, daß im Reichstagsausschuß Bedenken gegen diese allgemeine Meldung nicht vorhanden seien.

Weiter wurde darüber verhandelt, daß solche Mitteilungen an die zur öffentlichen Fürsorge berufenen Behörden, wenn dabei das Schweigegebot im allgemeinen Staatsinteresse etwa zur Verhütung der sonst drohenden Verbreitung von ansteckenden Krankheiten gebrochen wird, nicht als „unbefugt" für Behörden und für behandelnde Ärzte erachtet werden kann. Dabei wurde darauf hingewiesen, daß Vorschriften über „unbefugte" Mitteilungen sich nicht nur in der Reichsversicherungsordnung, sondern auch im § 300 des Strafgesetzbuches befänden, die Angelegenheit also nicht in der Reichsversicherungsordnung maßgebend geregelt werden könnte, sondern nur in einem besonderen Gesetze. Nach diesem § 300 machen sich Ärzte strafbar, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse von Kranken offenbaren. Nun würden täglich von Ärzten zahlreiche Mitteilungen über Erkrankungen Versicherter oder Versicherungsträger gemacht, die nicht als „unbefugt" gelten könnten. Das Reichsgericht habe solche Mitteilungen als zulässig anerkannt. Die Schweigepflicht der Organe der Krankenkassen und anderer Versicherungsträger ist durch § 141 RVO. geregelt. Bei der Beratung der Vorschrift habe man angenommen, durch Einfügung des Wortes „unbefugt" allen Schwierigkeiten zu begegnen. Schon damals habe sich der Staatssekretär dahin geäußert, daß eine Mitteilung über Krankheiten jedenfalls dann als befugt gelten müsse, wenn sie unmittelbar für die Zwecke des Gesetzes erfolge. Das sei aber bei den hier in Frage stehenden Mitteilungen der Fall. Den „Zwecken des Gesetzes" dienten auch die Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Auch das Reichsversicherungsamt vertrete die Anschauung, daß es nicht als unbefugte Offenbarung der Krankheit eines Versicherten gelten könne, wenn eine Krankenkasse einer Landesversicherungsanstalt eine Mitteilung darüber zugehen lasse.

Der Errichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke im Anschluß an die Landesversicherungsanstalten wurde von allen Seiten im Ausschuß zugestimmt und das tatkräftige Vorgehen des Präsidenten des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann mit Dank und Anerkennung begrüßt. Sie entsprächen einem wirklichen Bedürfnis. Einrichtungen, bei denen Kranke sich fachmännischen Rat ohne Kosten und Zeitverlust holen können, seien sehr notwendig und Nutzen stiftend. Wenn Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten und Ärzte Hand in Hand gingen, — so wurde vom Regierungsvertreter ausgeführt — so könnten in kurzer Zeit die Beratungsstellen der Mittelpunkt zur Bekämpfung der schweren Volksseuchen werden. — Zu einem aus der Mitte des Ausschusses gestellten Antrag, die Beratungsstellen „zu Einrichtungen für die Gesamtbevölkerung im Rahmen der kommunalen Verwaltung" zu machen, führte der Vertreter des Reichsversicherungsamts, Geh. Reg.-Rat Dr. Fritz aus, daß es am ratsamsten sei, zunächst den Beratungsstellen der Arbeiterversicherung einige Jahre ruhiger Entwicklung zu gönnen und von weitergehenden gesetzgeberischen Maßnahmen vorläufig abzusehen. Bewähren sich unsere Beratungsstellen, dann wird der weitere Ausbau für die übrige Bevölkerung ganz von selbst kommen. Im übrigen seien z. B. jetzt schon viele größere Städte in der Provinz Brandenburg 6 oder 7, Träger der Beratungsstellen, nicht die Versicherungsanstalten. Die hierbei gesammelten Erfahrungen könnten später verwertet werden. Das Reichsversicherungsamt hat, um den Beratungsstellen den Boden zu bereiten, den Versicherungsanstalten schon nahegelegt, den Beratungsstellen Beiräte aus den beteiligten Kreisen anzugliedern. Dabei ist vor allem an Krankenkassen, Ärzte, Verbände der Arbeiter und Angestellten, Frauenvereine, die Lehrerschaft usw. gedacht. Durch die Beiräte soll das Verständnis für die von den Geschlechtskrankheiten drohenden Gefahren und von dem Zweck der Beratungsstellen in die Bevölkerung getragen, anderseits sollen Wünsche und Anregungen aus allen Kreisen an die Beratungsstellen gebracht werden. In einigen Städten bestehen sie schon. Kommen solche Beiräte überall zustande und wird für die Beratungsstellen eine umfassende Werbetätigkeit durch Vorträge, Ausstellungen u. dgl. entfaltet, dann wird sich die Scheu vor den Stellen legen und ihr weiterer Ausbau von selbst vollziehen.

Ein Mitglied des Ausschusses führte aus, die deutschen Krankenkassen hätten sich im September 1916 auf einer Eisenacher Tagung eingehend mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten befaßt und wertvolle Ausarbeitungen zu weiterer Hilfe gemacht. Zu solch nützlicher Arbeit sollte das Reich den Krankenkassen namhafte Zuschüsse leisten und nicht alles in der Hauptsache aus den Beiträgen der Arbeiter aufbringen lassen. Ferner sei die Heranziehung der Lebensversicherungsgesellschaften zum Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten aussichtsvoll, weil sie ein großes materielles Interesse daran haben, die Sterblichkeitsziffer herabzudrücken. — Im Zusammenhang hiermit kam eine Entschließung zur Sprache, die von Vertretern der Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen und Sachverständigen gefaßt worden ist und die erklärt, daß der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aussichtsvoll nur geführt werden kann, wenn der Kurpfuscherei auf diesem Gebiete gesetzlich entgegengetreten wird. Nach der Entschließung müsse durch Gesetz

jedes Behandeln von Geschlechtskranken durch ärztlich nicht approbierte Personen verboten werden, ebenso wie das Abgeben von Heilmitteln gegen Geschlechtskrankheiten durch Apotheken, Drogisten und andere Verkaufsstellen ohne ärztliche Verordnung usw. — Weiter wird eine von der Landesversicherungsanstalt Großh. Hessen aufgenommene Statistik bekanntgegeben, die bedauerliche Erkrankungsziffern in den Dörfern und kleinen Städten ergibt.

Die von dem Ausschuß angenommenen Anträge, so weit sie für das Gebiet der Sozialversicherung Bedeutung haben, lauten dahin, daß der Reichskanzler ersucht wird:

a) in das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, wirksame Vorschriften zur Überwachung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aufzunehmen;
b) die verbündeten Regierungen zu veranlassen, nach einheitlichen Gesichtspunkten Maßnahmen zur Verhütung und Eindämmung der geschlechtlichen Erkrankungen zu schaffen, vor allem den Ausbau der von den Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen geschaffenen und zu schaffenden Beratungsstellen zu Einrichtungen für die Gesamtbevölkerung im Rahmen der kommunalen Verwaltung;
c) auf dem Wege der Verhandlung mit den Bundesstaaten dahin zu wirken, daß in allen Kreisen und unteren Verwaltungsbezirken die auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege erforderlichen Einrichtungen (z. B. Säuglings-, Kinder-, Mutter-, Wohnungs- und Tuberkulosefürsorge, Beratungsstellen für Geschlechtskranke, für Kriegsbeschädigte) getroffen werden;
d) den Ausbau der Krankenkasseneinrichtungen zur Bekämpfung der geschlechtlichen Erkrankungen nachhaltig zu unterstützen;
e) geeignete Maßnahmen zu ergreifen, insbesondere durch Reichsgesetz, daß auf dem Wege der lückenlosen Meldung geschlechtskranker Versicherter von Behörden an die Landesversicherungsanstalten die Wirksamkeit der „Beratungsstellen“ unterstützt wird;
f) eine Heranziehung der Lebensversicherungsgesellschaften zum Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten befördern zu wollen;
g) den Ausbau einer sorgsamen Statistik aller Erkrankungsfälle an Tripper, Schanker und Syphilis zu veranlassen.

Der Bericht des Reichstagsausschusses enthält einige wertvolle Anlagen, so eine Geschäftsordnung der von den Landesversicherungsanstalten errichteten Beratungsstellen für Geschlechtskranke, ein Zählblatt über geschlechtskranke Heeresangehörige, Meldekarten, die vom Lazarett usw. ausgefüllt und an die Landesversicherungsanstalt weiter gegeben werden, den Vordruck einer „Einverständniserklärung“ usw.

Zur Fahrpreisermäßigung für Mitglieder von Krankenkassen.

Die Königl. Eisenbahndirektion hat der Allgemeinen Ortskrankenkasse Königsberg auf eine Anfrage mitgeteilt, daß nach den Tarifbestimmungen eine Fahrpreisermäßigung nur dann gewährt wird, wenn die Kosten der Unterbringung in einem Erholungsorte von der Kasse voll getragen werden. Kranke, die einen Teil der Kosten selbst tragen, würden nicht mehr zu den mittellosen Personen, denen die Ermäßigung zugute kommen soll, zu rechnen sein und ebensowenig Personen, die von ihren Verwandten usw. eine Unterstützung in Form freien Aufenthalts auf dem Lande erhalten.

Das Interesse der Krankenkassen am Branntweinmonopol.

Das nunmehr verabschiedete Branntweinmonopolgesetz interessiert die Krankenkassen in doppelter Hinsicht. Die sehr erhebliche Verteuerung des Trinkbranntweins durch das Monopol muß auf den Gesundheitszustand im allgemeinen günstig einwirken und wird insoweit besonders auch den Krankenkassen zustatten kommen. Anderseits aber wird die Verteuerung der zahlreichen weingeisthaltigen Heilmittel die Kassen, wie überhaupt die minderbemittelten Volksklassen erheblich belasten. Auf dieser Erwägung beruht eine in das Gesetz (§ 258 Ziff. 3) aufgenommene Vorschrift, wonach aus der Monopoleinnahme jährlich bis zu 16 Millionen Mark zur Ermäßigung der Kosten der weingeisthaltigen Heilmittel für die minderbemittelten Volksklassen dem Reichskanzler zur Verfügung zu stellen und hiervon den Krankenkassen (§ 225 RVO.) und den knappschaftlichen Krankenkassen für jedes Mitglied und Jahr mindestens 60 Pf als Rückvergütung zu gewähren sind.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Beguta tung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Zur Stellung der Krankenkassenbeamten in Preußen.

1. Nach Lüchow. Antwort: Es ist richtig, daß die Kasse, wenn sie den jetzigen Geschäftsführer auf Lebenszeit mit Anrecht auf Ruhegehalt anstellen will, sich gegenwärtig halten muß, daß ihm dann nach dem Min. Erl. v. 18. 2. 14 (ArbVers. 1914 S. 186) die Rechte und Pflichten eines gemeindlichen Beamten übertragen werden müssen, daß seine dienstlichen Verhältnisse durch ein Regulativ zu regeln sind, und daß dieses die Bedeutung einer allgemeinen, auch für künftige Anstellung eines anderen Geschäftsführers maßgebenden Norm haben würde. Wenn das OVA. dies nach den Verhältnissen der Kasse für unsachgemäß erachtet, so würde es die Genehmigung zu jener Anstellung versagen müssen (§ 359 Abs. 1

RVO.). Die beiden anderen Bedenken halten wir nicht für begründet. Es steht nichts im Wege, einem ruhegehaltsberechtigten Königl. Beamten, der die Krankenkasse nebenamtlich verwaltet, auch in dieser seiner Eigenschaft als Kassenbeamten ein Ruhegehalt zu bewilligen. Ferner erscheint es nicht begründet, daß die Bezüge dieses Beamten für die Verwaltung der Krankenkasse schlechthin so bemessen werden müßten, daß sie den Bezügen eines Kreisbeamten in ähnlicher Stellung durchaus gleichkommen. Dies ist in Ziff. 5 des erwähnten Erlasses nur „grundsätzlich" gefordert, so daß für sachgemäße, den besonderen Verhältnissen entsprechende Ausnahmen Raum gelassen ist; und eine solche Ausnahme wird als gerechtfertigt anzusehen sein, wenn die Verwaltung der Kasse von verhältnismäßig geringem Umfang ist, so daß sie als Nebenamt besorgt werden kann. Das Regulativ könnte also eine der Ziff. 5 des Erl. entsprechende Bestimmung aufnehmen, zugleich aber bestimmen, daß, wenn der Geschäftsführer die Kassengeschäfte nur im Nebenamte führt, seine Bezüge hierfür so bemessen werden, daß sie zusammen mit den Bezügen aus dem Hauptamt den Dienstbezügen eines Kreisbeamten in ähnlicher Stellung gleichkommen.

Keine unmittelbaren Ersatzansprüche des Versicherungsträgers an die Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers.

2. Nach Iserlohn. Antwort: Die Haftpflichtversicherung gewährt nicht etwa dem Geschädigten einen Anspruch auf Entschädigung, sie wird vielmehr lediglich zugunsten desjenigen abgeschlossen, der für einen Schaden haftet. Die Versicherungsgesellschaft verpflichtet sich nämlich dem zur Entschädigung Verpflichteten gegenüber, für den Schadensersatz, den dieser zu leisten hat, aufzukommen. Zur Begründung des Anspruchs aus der Haftpflichtversicherung genügt es also nicht, daß ein Schade entstanden ist, sondern der gegen Haftpflicht Versicherte muß auch für ihn aufzukommen haben. Nach §§ 898, 903 RVO. haftet aber ein Arbeitgeber für einen versicherungspflichtigen Betriebsunfall nur, wenn seine Schuld an diesem strafgerichtlich festgestellt ist. An dieser Voraussetzung fehlt es anscheinend im vorliegenden Fall. Aber auch wenn die notwendige gerichtliche Feststellung getroffen worden ist, so können Verletzter und Krankenkasse Ersatzansprüche nur gegen den schuldigen Arbeitgeber selbst geltend machen, gegen die Versicherungsgesellschaft nur dann, wenn die Ansprüche des Arbeitgebers an diese ihnen übertragen oder für sie gepfändet sind.

Anwendung des § 212 RVO. bei Zuweisung von Versicherten nach § 258 Abs. 3.

3. Nach R. Antwort: Aus Ihren Angaben entnehmen wir, daß die Entscheidung der Versicherungsbehörden ganz im Sinne unserer Auskunft v. 7. 12. 17 ergangen ist. Danach handelt es sich um eine Entscheidung auf Grund des § 258 RVO., wodurch die bisher zu Unrecht bei der Allgem. Ortskrankenkasse in R. versicherten Personen vom 1. Juli 1918 ab der militärischen Betriebskrankenkasse in L. zugewiesen worden sind. Indem das Gesetz für solche Fälle vorschreibt, daß die Entscheidung auch bestimmen muß, „wann das neue Versicherungsverhältnis in Kraft tritt", erkennt es das bisherige Versicherungsverhältnis als bis dahin formal zu Recht bestehend an. Es vollzieht sich daher in dem durch die Entscheidung bestimmten Zeitpunkt ein Übertritt der bisher bei der einen Kasse Versicherten zu der anderen Kasse, ohne daß eine Auseinandersetzung zwischen diesen beiden Kassen in Frage kommt, da keiner der im § 298 RVO. bezeichneten Fälle vorliegt (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 258 und Anm. 1a zu § 298, auch ArbVers. 1913 S. 864 Ziff. 7). Für Versicherte, die in dem bezeichneten Zeitpunkt des Übertritts von der Ortskrankenkasse zur Betriebskrankenkasse Leistungen beziehen, hat nach § 212 RVO. die Betriebskrankenkasse die weitere Leistung nach ihrer Satzung, unter Anrechnung der Zeit der bereits genossenen Leistung, zu übernehmen (Hahn, Anm. 2a zu § 258). Selbstverständliche Voraussetzung ist dabei, daß das Beschäftigungsverhältnis zwischen den einzelnen Versicherten und der Heeresverwaltung noch in Kraft ist; denn nur in diesen Fällen kann von einem Übertritt zur militärischen Betriebskrankenkasse die Rede sein. Soweit hiernach die Ortskrankenkasse den zur Betriebskrankenkasse Übergetretenen noch weiter Leistungen gewährt hat, kann sie dafür von der Betriebskrankenkasse nach § 224 Ziff. 2 RVO. (§ 1773 mit § 1637) Ersatz fordern.

a) Kein Krankengeld, wenn gegen vollen Lohn gearbeitet wird. b) Fortgesetztes Zuwiderhandeln gegen Krankenordnung. c) Elektrisieren und Bestrahlen als Heilmittel.

4. Nach Hannover. Antwort: a) Ihre Kasse ist eine Krankengeldzuschußkasse, auf die die Vorschriften der RVO. keine unmittelbare Anwendung finden. Soweit aber einzelne Satzungsbestimmungen ersichtlich gewissen Vorschriften der RVO. nachgebildet sind, müssen sie auch entsprechend wie diese ausgelegt werden. Auf Krankengeldzuschuß haben arbeitsunfähig Kranke, d. h. solche Mitglieder Anspruch, die nicht ohne Gefahr der Verschlimmerung ihres Zustandes ihrer Berufstätigkeit nachgehen können. Wer aber trotzdem seine Tätigkeit fortsetzt und dafür die volle Vergütung bezieht, dem ist das Krankengeld und folglich im vorliegenden Falle auch der Krankengeldzuschuß zu versagen (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1907 S. 651).

b) Die Strafbestimmung Ihrer Satzung entspricht dem § 530 Abs. 1 RVO. Die Strafe kann „bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldzuschusses für jeden Übertretungsfall" festgesetzt werden, also keineswegs ohne weiteres für jeden Arbeitstag. Wenn der Versicherte andauernd wider das Verbot weiterarbeitet, so wird man der Regel nach nur einen (fortgesetzten) Übertretungsfall annehmen können, der es freilich, wegen der Hartnäckigkeit des verbotswidrigen Verhaltens rechtfertigen wird, die Höchststrafe, also den dreifachen Krankengeldbetrag festzusetzen. Über Fälle, in denen ausnahmsweise eine mehrfache Straffestsetzung statthaft sein wird, verweisen wir auf ArbVers. 1906 S. 322, 1907 S. 292. Besonders wenn die Zuwiderhandlung nach rechtskräftiger Bestrafung weiter fortgesetzt wird, halten wir erneute Bestrafung für gerechtfertigt.

c) Elektrisieren und Bestrahlen mit Höhensonne sind ärztliche Behandlung, wenn der Arzt sie anordnet und die Verrichtung entweder selbst vornimmt oder durch Hilfspersonen nach seiner Anleitung und Weisung vornehmen läßt; das Heilmittel tritt gegenüber dieser Tätigkeit des Arztes an Bedeutung zurück. Deshalb kommt die Bestimmung der Satzung, wonach Heilmittel nur bis zu 20 ℳ für jeden Krankheitsfall gewährt werden, in solchen Fällen nicht in Betracht. Zu vgl. hinsichtlich der Röntgenbestrahlung: Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 567, auch S. 839 Ziff. 5.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Kroschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1218 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 21. August 1918. Heft 24

Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung.

Von Städt. Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München. (Fortsetzung.)

D. Gesetz vom 4. August 1914 betr. die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (RGBl. S. 337; ArbVers. S. 569) und § 2 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49; Arb.-Vers. S. 104).

I. Literatur.

Die Ortskrankenkasse: Jaeger: „Zum Vollzug des § 1 Abs. 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 über die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen" 1917 S. 755.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Die Genehmigung der Einführung von Mehrleistungen nach § 1 Abs. 2 des Sicherungsgesetzes durch das Versicherungsamt ist keine Muß-, sondern nur eine Kannvorschrift; das Versicherungsamt wird also in seiner Beschlußfassung völlig nach seinem freien pflichtgemäßen Ermessen handeln (ArbVers. 1917 S. 119 Ziff. 4). Genehmigt das Versicherungsamt die Einführung erst von einem bestimmten Tage an, so gelten die Mehrleistungen nicht für Erkrankungen, die bereits vor diesem Tage eingetreten waren (ArbVers. 1917 S. 334 Ziff. 1).

Das Sicherungsgesetz und die durch es erfolgte Beschränkung der Beiträge auf 4½ v. H. hindert jedoch nicht die Erhebung sog. Zusatzbeiträge nach § 384 RVO. So hat das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 21. April 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 557; vgl. auch ArbVers. 1918 S. 59 Ziff. 1) die Erhöhung der Beitragsanteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe mit erhöhter Erkrankungsgefahr gebilligt und in einer weiteren, die Kernfrage allerdings nicht hinreichend erschöpfenden Entscheidung vom 3. Februar 1917 („Zentralblatt" 1917 Sp. 380; vgl. auch ArbVers. 1918 S. 240 Ziff. 13) die Erhebung von Zusatzbeiträgen zwecks Einführung der Familienhilfe zugestimmt.

Hat eine Kasse auf Grund übereinstimmenden Antrags der Gemeinde und des Kassenvorstands unter Genehmigung des Oberversicherungsamts die hausgewerbliche Krankenversicherung bei Kriegsbeginn beibehalten und erachtet sie diese nicht mehr für nötig, so kann sie jederzeit ihre Aufhebung beschließen; es bedarf dann nur mehr der Genehmigung durch das Oberversicherungsamt; die Zustimmung der Gemeinde zur Aufhebung ist unwesentlich (ArbVers. 1917 S. 119 Ziff. 1). Ist die Beibehaltung der hausgewerblichen Krankenversicherung erfolgt, so gelten die bei Wohltätigkeitsvereinen nicht nur vorübergehend Beschäftigten, wie einem Bescheid des Reichsamts des Innern vom 14. November 1916 („Krankenversicherung" 1917 S. 13)

entnommen werden kann, als Hausgewerbetreibende und unterliegen daher der Versicherungspflicht. Dagegen sind die Mitglieder einer zu Heereslieferungen gebildeten Schneidergenossenschaft nach einer Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Königsberg („Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 86) nicht als Hausgewerbetreibende anzusehen.

E. Gesetz vom 4. August, betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 334; ArbVers. S. 567) und § 1 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49; Arb.-Vers. S. 104).

Verwaltung und Rechtsprechung.

Das durch die Bekanntmachung betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung den Kriegsteilnehmern eingeräumte Recht des Wiedereintritts in die Krankenversicherung will nur den Rechtsnachteil beseitigen, den versicherungsberechtigte Kriegsteilnehmer durch Verlust der Mitgliedschaft nach § 314 RVO. oder durch Versäumnis der Anmeldefrist des § 313 RVO. infolge des Kriegsdienstes oder der Einberufung erlitten haben. Infolgedessen können Kriegsteilnehmer, die bereits längere Zeit vor ihrer Einberufung die weitere Beitragsentrichtung unterlassen und damit die Mitgliedschaft verloren haben oder die von dem Recht der freiwilligen Weiterversicherung überhaupt nicht Gebrauch machten, das Recht auf Wiedereintritt in die Krankenversicherung nach Rückkehr in die Heimat nicht geltend machen (ArbVers. 1917 S. 828 Ziff. 9). Ebensowenig kann ein Kriegsteilnehmer, der sofort nach seiner Entlassung eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt, mit Rücksicht auf das Kriegsgesetz beanspruchen, in der früher eingesetzten höheren Lohnstufe geführt zu werden, wenn ihn nicht sein neuer Entgelt dieser Lohnstufe zuweist (ArbVers. 1917 S. 239 Ziff. 4a).

F. Die Kriegswochenhilfe.

I. Literatur.

a) **Arbeiterversorgung:** Erbe: „Kriegswochenhilfe an Mütter unehelicher Kinder" 1917 S. 376; Jaeger: „Die Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes" 1917 S. 553; —: „Eine notwendige Änderung in den Voraussetzungen der Reichswochenhilfe" 1917 S. 713.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Jaeger: „Kriegswochenhilfe an Ehefrauen des zum Feldeisenbahndienst abgeordneten Eisenbahnpersonals" 1917 Sp. 249; —: „Einige Fragen zum Ersatzanspruch der Krankenkassen gegen den außerehelichen Schwängerer, unter besonderer Berücksichtigung der Kriegswochenhilfe" 1917 Sp. 657; Spielhagen: „Zur Bundesratsbekanntmachung vom 17. März 1918 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges" 1918 Sp. 219; Weymann: „Reichswochenhilfe und Hilfsdienst" 1917 Sp. 583.

c) **Die Ortskrankenkasse:** Bernhardt: „Sachleistungen und Stillkontrolle bei der Kriegswochenhilfe" 1917 Sp. 347; Hoffmann: „Reichswochenhilfe beim vaterländischen Hilfsdienst" 1917 Sp. 469; Jaeger: „Die Erhöhung des Wochengeldes" 1917 Sp. 445; —: „Stillergebnisse der Reichswochenhilfe" 1917 Sp. 631.

d) **Die Betriebskrankenkasse:** Krause: „Ansprüche auf Kriegswochenhilfe nach § 214 RVO." 1917 S. 16; — und Behr-Pinnow: „Die zukünftige Friedenswochenhilfe" 1917 S. 125, 137, 198.

e) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Kleeis: „Wie die Krankenkassen die Kriegswochenhilfe durchführen" 1917 Sp. 825; Zeißner: „Fehlgeburt und Kriegswochenhilfe" 1918 Sp. 6.

f) **Der Versicherungsbote:** Heine: „Anspruch auf Kriegswochenhilfe, wenn das Kind im Ehebruch erzeugt ist" 1917 S. 147; Seelmann: „Bevölkerungspolitik und Krankenkassen" 1917 S. 133.

g) **Die Ersatzkasse:** Jaeger: „Die Kriegswochenhilfe" 1917 S. 137, 153, 185.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

a) **Allgemeines.**

Es war von vornherein zu erwarten, daß das Nacheinander der einzelnen Bekanntmachungen über die Reichswochenhilfe und namentlich wieder die verschieden geregelte Zuständigkeit zu Schwierigkeiten im Vollzug und zu einer Verzögerung in der Anweisung der Wochenhilfe führen mußte. Es war nur zu verwundern, daß entsprechende Klagen nicht häufiger und schon früher auftraten. Erst jetzt weist ein Erlaß des Reichswirt-

schaftsamtes und ein solcher des Bayerischen Ministeriums des Innern vom 13. April 1918 (ArbVers. 1918 S. 331; „Betriebskrankenkasse“ 1918 S. 67) darauf hin, daß die Bestimmung der späteren Bekanntmachungen, wonach ein Anspruch auf Reichswochenhilfe nach ihnen erst dann besteht, wenn er nach den früheren Bekanntmachungen nicht verwirklicht werden kann, nicht so aufzufassen ist, daß nun unbedingt das Ergebnis der Prüfung und Erhebung auf Grund dieser Bekanntmachungen abzuwarten sei; es genüge, wenn der Antragsteller glaubhafte Beweise für das Nichtvorliegen der Voraussetzungen der früheren Verordnungen erbringe. Überhaupt ist, worauf ein Erlaß des Preußischen Ministers des Innern vom 11. November 1916 (Arb.-Vers. 1917 S. 198) wiederholt hinweist, die Erledigung der Anträge auf Wochenhilfe tunlichst zu beschleunigen.

Soweit Ehefrauen die Gewährung der Wochenhilfe beantragen, darf diese bei Vorliegen eines Ehebruches nicht ohne weiteres abgelehnt werden; sie ist vielmehr zu Lebzeiten des Ehemannes zu gewähren, solange dieser die Ehelichkeit des Kindes nicht angefochten hat (Entsch. des RVA. vom 3. Oktober 1916 in Amtl. Nachr. 1917 S. 254; ArbVers. 1917 S. 111). In Konsequenz dieser Entscheidung hat das Versicherungsamt der Stadt Pirna mit Entscheidung vom 30. März 1917 (ArbVers. 1917 S. 442) die Kriegswochenhilfe einer Wöchnerin zugebilligt, die in Doppelehe mit einem Kriegsteilnehmer gelebt hatte, solange die Nichtigkeit der Ehe nicht geltend gemacht war. Dasselbe gilt für den Anspruch auf Wochenhilfe bei Geburt eines Kindes aus einer geschiedenen Ehe (ArbVers. 1918 S. 100 Ziff. 9). Im gleichen Sinne ist bei nachgeborenen Kindern die Wochenhilfe zu gewähren, wenn sie nachweislich innerhalb 302 Tagen nach dem Tode des Mannes geboren sind (ArbVers. 1917 S. 369 Ziff. 7, S. 624 Ziff. 8).

Die strittigste Frage war auch im verflossenen Zeitraum die Frage nach der Kriegsteilnehmerschaft des Ehemannes oder Kindsvaters, wozu sich in verstärktem Maße die Frage nach der Auslegung des Begriffs: „Behinderung an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit“ gesellte. Die Kriegsdienstleistung ist zu bejahen bei dem zum Feldeisenbahnwesen herangezogenen militärdienstpflichtigen Personal (Entsch. des RVA. vom 20. März 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 440; ArbVers. 1917 S. 545); ebenso bei den zur Dienstleistung gegen Entlohnung im Betrieb der Rüstungsindustrie „kommandierten“ Militärpersonen (ArbVers. 1918 S. 239 Ziff. 10; a. A. Entsch. des Oberversicherungsamts Reutlingen vom 19. April 1917 in ArbVers. 1917 S. 492). Auch Wöchnerinnen von Fahnenflüchtigen usw. können trotz des unter Umständen mit der Fahnenflucht verbundenen Wegfalls der Reichsfamilienunterstützung die Kriegswochenhilfe erhalten, solange nur der Ehemann oder Kindsvater nicht aus dem Militärdienst und damit aus dem Kriegsdienst ausgeschieden ist (Erlaß des Preußischen Ministers des Innern vom 13. März 1917 in ArbVers. 1917 S. 279).

Dagegen hebt die Beurlaubung zu einer Arbeitstätigkeit, zum mindesten wenn sie auf längere Zeit erfolgt, nach einer vom Reichsversicherungsamt (Entsch. vom 17. September 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 591; ArbVers. 1917 S. 818) gebilligten Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt München vom 17. Februar 1917 (ArbVers. 1917 S. 796) die Kriegsdienstleistung auf, da hier dem Beurlaubten Gelegenheit gegeben wird, das bürgerliche Leben wieder aufzunehmen und fortzusetzen (vgl. auch ArbVers. 1917 S. 478 Ziff. 8; 1918 S. 200 Ziff. 8 b).

Dem Kriegsdienst „ähnliche Dienste“ werden dann nicht mehr anzunehmen sein, wenn der sie Ausübende freiwillig gegen entsprechend hohe Entlohnung sich zur Ausübung einer Zivildienststelle im besetzten Gebiet gemeldet hat (ArbVers. 1918 S. 200 Ziff. 8 a).

Die „Behinderung an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit“ liegt solange vor, als der entlassene Kriegsbeschädigte nicht eine Tätigkeit auszuüben vermag, welche ihm die Möglichkeit bietet, den nötigen Unterhalt für die eigene Person und Familie zu beschaffen. Diese schon vom Reichsamt des Innern in einem Bescheid vom 30. März 1916 (Arb.-Vers. 1917 S. 583) zum Ausdruck gebrachte Meinung hat das Reichsversicherungsamt mit einer Revisionsentscheidung vom 30. Oktober 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 646) nunmehr auch für die Rechtsprechung verbindlich anerkannt. Wieweit dies allerdings zutrifft, muß der Entscheidung im Einzelfall überlassen bleiben. Bei einer Militärrente von 70 bis 75 v. H. erscheint die Voraussetzung allerdings gewöhnlich gegeben (Entscheidung des Oberversicherungsamts Schwerin vom 30. Juni 1917 in ArbVers. 1917 S. 546; Beschluß des Oberversicherungsamts Breslau vom 20. April 1918 in ArbVers. 1918 S. 295; ferner ArbVers. 1917 S. 264 Ziff. 9, S. 767 Ziff. 3). Der Bezug einer Militärrente als solcher gibt allerdings keinen Anlaß, nunmehr auch ohne weiteres eine Behinderung an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit anzunehmen (Arb.-Vers. 1917 S. 212 Ziff. 11). Immerhin hat das Oberversicherungsamt Leipzig mit Entscheidung vom 5. Oktober 1917 (Arb.-Vers. 1917 S. 758) einen nur 20 v. H. Militärrente beziehenden Kriegsbeschädigten, der sich selbständig gemacht hatte und nur einen geringen Verdienst erzielte, die Wochenhilfe zugebilligt. Hatte ein Kriegsbeschädigter eine ihm und seiner Familie ein auskömmliches Einkommen sichernde Tätigkeit nach seiner Entlassung wieder aufgenommen, war er aber zur Zeit des Wochenbettes infolge seiner Kriegsdienstbeschädigung bzw. einer auf sie zurückzuführenden Verschlimmerung seines Zustandes behindert, eine Erwerbstätigkeit von Belang auszuüben, so steht ihm gleichfalls die Kriegswochenhilfe zu (Entsch. des Versicherungsamts der Stadt München vom 12. Juli 1917 in ArbVers. 1917 S. 758; vgl. auch ArbVers. 1917 S. 525 Ziff. 3).

Was die Leistungen der Kriegswochenhilfe betrifft, so ist der einmalige Beitrag zu den Kosten der Entbindung auch zu zahlen, wenn der Wöchnerin selbst Kosten nicht erwachsen sind (Entsch. des RVA. vom 19. Juni 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 536). Eine Krankenkasse, welche den Entbindungskostenbeitrag als Familienhilfe vorgesehen hat, wird nach einer weiteren Entscheidung des RVA. vom 17. September 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 605; ArbVers. 1918 S. 47) durch die Gewährung des Entbindungskostenbeitrags als Kriegswochenhilfe nicht von derselben Leistung als Familienhilfe befreit. Die ärztliche Tätigkeit zur Belebung eines scheintoten Kindes stellt keine Geburtshilfe dar (ArbVers. 1917 S. 623 Ziff. 4), so daß hierfür entstandene Kosten gegebenenfalls nicht auf die Reichswochenhilfe zu übernehmen sind.

Die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden ist nicht erst mit dem Augenblick der Niederkunft, sondern mit dem Ablauf der Woche fällig, in welcher die einzelne, ihre Gewährung rechtfertigende Leistung stattgehabt hat (Entsch. des RVA. vom 30. Januar 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 253; ArbVers. 1917 S. 231); als erforderlich erscheint es jedoch, daß schon in diesem Augenblick die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind, was allerdings hinsichtlich der Gewährung der Schwangerschaftsbeihilfe an ledige Wöchnerinnen keine Schwierigkeiten haben wird, zumal die Anerkennung der Vaterschaft zwar rückwirkende, aber doch nicht weiter als bis zum Tage der Niederkunft reichende Geltung hat; Billigkeitsgründe werden daher dazu führen, auch bei späterem Erfüllen der übrigen Voraussetzungen die Beihilfe zu gewähren. Äußern sich die Schwangerschaftsbeschwerden so stark, daß sie als Krankheit anzusehen sind und Krankenpflege notwendig machen, so kann bei selbstversicherten Wöchnerinnen die Krankenkasse nach einer Auskunft der ArbVers. (1917

S. 728 Ziff. 8 a) die Beihilfe für sich in Anspruch nehmen.

Die schon früher in einem Erlaß des Kölner Regierungspräsidenten zum Ausdruck gebrachte Meinung („Krankenversicherung" 1915 S. 53), daß die Hebammen für ihre Dienstleistungen bei Anspruch auf Reichswochenhilfe nur die Mindestsätze in Anrechnung bringen dürfen, hat nunmehr auch die Billigung des Preußischen Ministeriums des Innern gefunden (Erlaß vom 4. August 1917 in ArbVers. 1917 S. 632). Mit Rücksicht auf die eingetretene Teuerung machen aber auch die Hebammen nicht unberechtigte Wünsche auf eine Erhöhung der ihnen zustehenden Sätze geltend, denen u. a. eine Verfügung des Königl. Württembergischen Staatsministeriums des Innern vom 10. September 1917 („Betriebskrankenkasse" 1917 S. 189) Rechnung trägt.

Das Kriegswochengeld kann ebenso wie das Wochengeld der RVO. auch auf zwei Wochen vor der Niederkunft gewährt werden und wird dies aus sozialen Erwägungen heraus auch werden, wenn z. B. der Ehemann vor Ablauf der 8 Wochen Wochengeldfrist entlassen wird (ArbVers. 1917 S. 168 Ziff. 7, 646 Ziff. 2). Wie der Entbindungskostenbeitrag so ist auch das Kriegswochengeld neben einem Wochengeld der Familienhilfe zu zahlen (Entsch. des RVA. vom 17. 9. 17 in Amtl. Nachr. 1917 S. 605; „Krankenversicherung" 1917 S. 151). An sich kann Kriegswochengeld nicht durch Anstaltspflege ersetzt werden; wo es irrtümlich doch geschieht, wird hierdurch der Anspruch auf Kriegswochengeld nicht hinfällig (ArbVers. 1917 S. 647 Ziff. 7, 727 Ziff. 1). Krankengeld jedoch gilt den Anspruch auf Wochengeld völlig ab, bezw. läßt nur mehr die Forderung auf den die Höhe des Krankengeldes übersteigenden Teil des Kriegswochengeldes bestehen (ArbVers. 1918 S. 60 Ziff. 5).

Die Dauer des Stillgeldes ist auf 12 Wochen, gerechnet vom Tage der Niederkunft ab, festgesetzt, so daß, wenn die Wöchnerin erst am zweiten Tag zu stillen beginnt, eine Verlängerung der Stillgeldgewährung nicht eintritt (ArbVers. 1917 S. 239 Ziff. 3).

Ist von der Möglichkeit der Gewährung von Sachleistungen an Stelle von Barleistungen Gebrauch gemacht und sind bestimmte Hebammen zur Hilfeleistung vertraglich bestimmt worden, so entbindet die Umgehung dieser Hebamme die Kasse von ihrer Leistungspflicht, soweit nicht die Umgehung durch Dringlichkeit geboten war (ArbVers. 1917 S. 808 Ziff. 15).

Die Portofreiheit in Angelegenheiten der Kriegswochenhilfe (vgl. ArbVers. 1916 S. 200, 659, 790 Ziff. 4) erstreckt sich nach einem Bescheid des Reichspostamts vom 7. August 1917 (ArbVers. 1917 S. 716) nicht auf Sendungen an Empfänger innerhalb des Orts- und Landbestellbezirkes.

b) §§ 1 bis 7 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 und §§ 4 bis 7 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. 1914 S. 492; 1915 S. 49; ArbVers. 1914 S. 833; 1915 S. 104).

Die Vorschrift über die vorgängige Versicherungszeit ist wie eine im Einverständnis mit dem Reichsamt des Innern ergangene Entschließung des K. Bayer. Staatsministerium des Innern vom 26. Mai 1917 (ArbVers. 1917 S. 757) ausführt, wohlwollend auszulegen, so daß es bei mehrfacher Einberufung gleich ist, ob die Wartezeit vor der ersten oder vor der zweiten Einberufung zurückgelegt ist, und auch Zeiten innerhalb deren der Kriegsteilnehmer Kriegsdienste geleistet hat, in die einjährige Frist, während deren die Wartezeit von 26 Wochen zurückgelegt sein muß, nicht einzubeziehen sind. Dies gilt jedoch nach einem Bescheid der K. Regierung von Oberbayern vom 18. Juli 1917 (ArbVers. 1917 S. 757) nur für die 26 Wochenfrist, nicht auch für die unmittelbar vor der Einberufung gelegenen sechs Wochen. Ebenso genügt es bei einem Eintritt in die Kriegsdienste vor Kriegsbeginn, wenn die Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zurückgelegt ist (ArbVers. 1917 S. 524 Ziff. 2), es sei denn, daß der Ehemann Berufssoldat ist (Entsch. des RVA. vom 23. Januar 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 256).

Der Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 ist ferner nach einer vom Reichsversicherungsamt mit Rev. Entsch. vom 1. Oktober 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 606) gebilligten Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt München vom 30. Dezember 1916 von den Einkommensverhältnissen der Wöchnerin und ihres Ehemannes und damit auch von dem weiteren Umstand unabhängig, daß der Ehemann nach seiner Einberufung eine Stellung erlangt, die ihn nach § 169 RVO. versicherungsfrei macht.

Zuständig zur Gewährung der Wochenhilfe ist nach § 2, sofern nicht die Wöchnerin selbst Kassenmitglied ist, nur die Kasse, welcher der Ehemann angehört oder zuletzt angehört hat, also wenn der kriegsdienstbeschädigte Ehemann nach seiner Entlassung eine versicherte Tätigkeit aufgenommen hat, zur Zeit der Niederkunft wegen seiner Kriegsdienstbeschädigung an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit aber noch oder wieder (s. o.) verhindert ist, die Kasse, der er während dieser Tätigkeit angehörte (ArbVers. 1917 S. 525 Ziff. 3). Ist die nach § 2 zuständige Kasse geschlossen, so tritt diejenige Kasse an ihre Stelle, zu welcher die Mitglieder der geschlossenen Kasse übergegangen sind (ArbVers. 1917 S. 264 Ziff. 7).

Zur Begründung des Ersatzanspruchs der Kasse gegen das Reich braucht die Kasse nach einer Entscheidung des Oberversicherungsamts Königsberg vom 7. Dezember 1916 („Betriebskrankenkasse" 1917 S. 94) im Falle der Gewährung der Sachleistung nicht nachzuweisen, daß außer der bereits gewährten Leistung der Wöchnerin ein weiterer Anspruch nicht zusteht.

Soweit im Streitverfahren über die Gewährung der Wochenhilfe Barauslagen des Verfahrens, die vom Versicherungsträger zu erstatten sind, erwachsen, dürfen sie dem Versicherungsträger nicht in der im Spruchverfahren ergehenden Entscheidung auferlegt werden (Entsch. des RVA. vom 19. Juni 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 536).

c) §§ 8 bis 10 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 und § 8 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. 1914 S. 492; 1915 S. 49; ArbVers. 1914 S. 833, 1915 S. 104).

Die erweiterten Leistungen der Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 gebühren der versicherten Wöchnerin auch dann, wenn der Ehemann überhaupt nicht oder nicht mehr Kriegsdienste leistet (ArbVers. 1917 S. 192 Ziff. 1), da die Rechtsgültigkeit des § 8, wie das Reichsversicherungsamt in seiner Entscheidung Nr. 2301 vom 16. Dezember 1916 (Amtl. Nachr. 1917 S. 251) darlegt, ohne allen Zweifel ist. Es haben daher auch Wöchnerinnen ausländischer, aber nicht feindlicher Staatsangehörigkeit Anspruch auf die Leistungen des § 8 (Entsch. des RVA. vom 4. Juni 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 538, ArbVers. 1917 S. 518, 698). Soweit jedoch Ausländerinnen erst durch die Bekanntmachung vom 2. November 1916 betr. Krankenversicherung von Ausländern während des Krieges (RGBl. S. 1247; ArbVers. 1916 S. 793) der Krankenversicherung unterworfen wurden, wird ihnen nach einem Bescheid des Reichsamts des Innern („Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 291) ein Anspruch auf die Leistungen des § 8 abzusprechen sein. Ist die Wöchnerin während der 7. und 8. Woche nach der Entbindung krank und arbeitsunfähig, so ist nach der Entsch. des RVA. vom 19. Juni 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 536; ArbVers. 1917 S. 699) das Wochengeld für eine entsprechende Zeit vor der Niederkunft zu zahlen. Das Wochengeld der selbstversicherten Wöchnerinnen von Nichtkriegsteilnehmern ist auf die satzungsmäßige Höhe beschränkt (Entsch. des RVA. vom 23. Januar 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 256 und ArbVers. 1918 S. 280 Ziff. 8). § 195 Abs. 2 RVO., wonach die Krankenkassen Versicherten, die sich nicht im Bezirk der Kasse oder des Versicherungsamts aufhalten,

statt der Krankenpflege den Betrag des halben Krankengeldes zubilligen können, findet auf die Wochenhilfe keine Anwendung (ArbVers. 1917 S. 805 Ziff. 4).

Auf die für die Gewährung der Wochenhilfe nach § 195 RVO. mit § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 erforderliche Wartezeit finden Zeiten der Zugehörigkeit zu einer landesrechtlichen Dienstbotenkasse keine Anrechnung (Entsch. des RVA. vom 29. Mai 1916 in Amtl. Nachr. 1916 S. 577; Arb.-Vers. 1916 S. 804).

Verschiedene Streitpunkte entwickelten sich in der Frage der Erstattungspflicht nach § 197 RVO. Zunächst hat das RVA. in einer Entscheidung vom 4. Juni 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 540; vgl. auch ArbVers. 1917 S. 646 Ziff. 1) festgelegt, daß der Erstattungsanspruch auch dann besteht, wenn die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft allein schon bei der leistungspflichtigen Kasse sechs Monate versichert war. Die Erstattungspflicht einer Kasse geht nie weiter als ihre eigene Leistungspflicht (ArbVers. 1918 S. 118 Ziff. 6), so daß, wenn die leistende Kasse Sachleistungen, die erstattungspflichtige Kasse aber nur Barleistungen gewährt, die höheren Sachleistungen voll mit in die Erstattungsberechnung genommen werden können (vgl. auch Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 27. Februar 1917 in ArbVers. 1917 S. 256). Bei der Berechnung der Erstattungsforderung sind jedoch die Gesamtleistungen der Wochenhilfe zugrunde zu legen; die in einem Falle (ArbVers. 1918 S. 68) vom Versicherungsamt der Stadt Berlin-Wilmersdorf angewandte Berechnung nach Einzelleistungen dürfte irrig sein. Aus dem Angeführten folgt, daß an Kassen, die überhaupt nicht leistungspflichtig sind, auch keine Ersatzforderungen gestellt werden können, was im Hinblick auf § 240 RVO. (ArbVers. 1917 S. 748 Ziff. 4) bis zum Erlaß der Bekanntmachung vom 1. März 1918 (RGBl. S. 129; ArbVers. 1918 S. 209) von Bedeutung war.

d) Die Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. 1915 S. 257; ArbVers. 1915 S. 300).

Hier standen lediglich die Fragen der Minderbemitteltheit und des Anrechts der ledigen Kindesmutter auf Reichswochenhilfe im Mittelpunkte strittiger Auffassungen.

Zum ersteren Punkte führt ein Bescheid des Preuß. Ministers des Innern vom 14. Januar 1917 (ArbVers. 1917 S. 132) im Einverständnis mit dem Reichsamt des Innern aus, daß auch derjenige als minderbemittelt zu gelten habe, der ein vor dem Kriege bezogenes Einkommen von weniger als 2500 Mk., aber mehr als 1500 Mk. nach dem Kriege ohne nennenswerte Erhöhung weiter beziehe. Bei Anwendung der Ziff. 2 des § 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 ist nur das der Ehefrau zufließende Einkommen, also auch vom Einkommen des Ehemannes nur der ihr tatsächlich zugewendete Teil zugrunde zu legen, wobei aus einer möglichen, aber nicht erfüllten Unterstützung seitens des Ehemannes die Berechtigung zur Ablehnung der Wochenhilfe deshalb abzuleiten ist, weil hierin eine Tatsache erblickt werden kann, welche die Annahme rechtfertigt, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird (Bescheid des Reichswirtschaftsamtes vom 13. Januar 1918 in ArbVers. 1918 S. 148). Wie ferner das K. Bayer. Staatsministerium des Innern in einer im Einverständnis mit dem Reichswirtschaftsamt herausgegebenen Entschließung vom 1. Mai 1918 (ArbVers. 1918 S. 295) mitteilt, kommt als das nach § 2 Abs. 2 maßgebende Jahr bei Kapitulanten nicht das Jahr vor dem Diensteintritt als Kapitulant, sondern dasjenige vor dem 2. August 1914 in Betracht, wobei auch noch Erleichterungen für den Fall gegeben werden, daß damals die Ehe zwischen dem Elternpaar noch nicht geschlossen war oder die Wöchnerin kein eigenes selbständiges Einkommen hatte.

Was die Reichswochenhilfe an uneheliche Kinder betrifft, so war bis zum Erlaß der Bekanntmachung vom 22. November 1917 (RGBl. 1917 S. 1085; ArbVers.

1917 S. 817) der Bezug der Reichsfamilienunterstützung zwingende Voraussetzung (Arb.-Vers. 1917 S. 312 Ziff. 13, 480 Ziff. 13, 728 Ziff. 8 b). Jedoch erscheinen mir die Auskünfte in „ArbVers." 1917 S. 167 Ziff. 5, 805 Ziff. 6, wonach die Gewährung der Familienunterstützung nach Ablauf der Wochenhilfefristen den Anspruch auf Reichswochenhilfe ausschließt, zu sehr am Gesetzeswort zu hängen und zu wenig Rücksicht auf eine z. B. doch auch bei Totgeburten erfolgte soziale Gesetzesanwendung (vgl. Bescheid des Reichsamts des Innern vom 27. September 1915 in ArbVers. 1915 S. 779) zu nehmen. Die erforderliche Vaterschaftsanerkenntnis ist hierbei, worauf ein Erlaß des Preuß. Ministers des Innern vom 17. Februar 1917 (ArbVers. 1917 S. 344) noch ausdrücklich hinweist, in freierer Weise als nach den strengen Vorschriften des bürgerlichen Rechts zulässig; diese erleichterte Form gilt auch für die Wochenhilfe an Kapitulantenkinder (Bescheid des Preuß. Ministers des Innern vom 31. März 1917 in ArbVers. 1917 S. 344). Da bei unehelichen Kindern von entlassenen Kriegsbeschädigten die Gewährung der Reichsfamilienunterstützung nicht in Frage kommt, so bestimmen Erlasse des Reichsamts des Innern vom 5. Mai 1917 und 30. Juli 1917 (ArbVers. 1917 S. 517; „Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 339, 531), daß hier die Wochenhilfe zu gewähren ist, wenn der Kindsvater an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindert ist und im übrigen die Voraussetzungen zum Bezug der Familienunterstützung gegeben wären, wenn der Kindsvater noch Kriegsdienste leisten würde.

(Schluß folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

Die im vorigen Heft 23 S. 455 unter II mitgeteilte Entscheidung Nr. 2457 ist durch folgenden, versehentlich ausgelassenen, zweiten Satz zu ergänzen:

Gegenüber dem Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen kann die Krankenkasse den Einwand nicht mehr vorhandener Bereicherung (§ 818 Abs. 3 BGB.) nicht erheben.

B. Allgemeines.

Verjährung der Rückforderung von Beiträgen (nach § 29 Abs. 2 RVO.); keine Fristverlängerung für die Kriegszeit; kein Einwand des Wegfalls der Bereicherung.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. März 1918 (2457 Amtl. Nachr. 1918 S. 347).

Der Senat hat bereits in der grundsätzl. Entsch. 2415 (Amtl. Nachr. 1918 S. 174) ausgesprochen, daß eine Satzungsbestimmung ungültig ist, nach der Kassenmitglieder, die zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen werden, aus der Kasse ausscheiden, dagegen bei Einziehung zu militärischen Übungen oder zum Kriegsdienst Mitglieder mit der Maßgabe bleiben, daß Beiträge von ihnen selbst nicht erhoben werden, alle Ansprüche auf die Kassenleistungen ruhen, und sie nur befugt sind, gegen ermäßigte Beiträge den Anspruch auf die Kassenleistungen für ihre Familienangehörigen während der Dauer der Dienstleistungen zu erhalten. Obwohl hiernach die Bestimmung des

§ 16 Abs. 2 der Satzung der Betriebskrankenkasse ungültig ist, sind die Beteiligten darüber einig, daß von der Eisenbahndirektion ein Drittel vom Hundert des zuletzt maßgebend gewesenen Grundlohns, soweit es entsprechend dieser Satzungsbestimmung für verheiratete Kriegsteilnehmer gezahlt ist, nicht zurückgefordert wird und daß dieses Drittel auch weiter gezahlt werden soll. Hierüber ist in Ermangelung eines Streites der Beteiligten nicht zu entscheiden (zu vgl. im übrigen Entsch. und Mitt. des RVA. Band 7 S. 100 Nr. 36).

Gegenüber dem streitigen Rückforderungsanspruche kommt zunächst der von der Betriebskrankenkasse erhobene Einwand der Verjährung in Betracht. Nach § 29 Abs. 2 RVO. verjährt der Anspruch auf Rückerstattung von Kassenbeiträgen in sechs Monaten nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entrichtet worden sind. Die Eisenbahndirektion hat ausgeführt, daß der Lauf dieser Verjährungsfrist durch die während des gegenwärtigen Krieges erlassenen Bekanntmachungen über die Verjährungsfristen vom 22. Dezember 1914, 4. November 1915, 26. Oktober 1916 und 22. November 1917 verlängert worden sei. Durch die Bekanntmachung vom 22. Dezember 1914 wurde bestimmt, daß die in den §§ 196, 197 BGB. bezeichneten Ansprüche, soweit sie an jenem Tage noch nicht verjährt waren, nicht vor dem Schlusse des Jahres 1915 verjähren sollen. Die Frist ist dann durch die Bekanntmachung vom 4. November 1915 bis zum Schlusse des Jahres 1916, durch die Bekanntmachung vom 26. Oktober 1916 bis zum Schlusse des Jahres 1917 und durch die Bekanntmachung vom 22. November 1917 bis zum Schlusse des Jahres 1918 verlängert worden. In der Bekanntmachung vom 4. November 1915 wurde weiter bestimmt, daß die neue Verjährungsfrist auch für die Ansprüche gelten sollte, für welche die Verjährungsfrist durch andere reichsgesetzliche Vorschriften als die §§ 196, 197 BGB. geregelt ist. Auch diese Erstreckung der Verjährung auf weitere nicht in den §§ 196, 197 BGB. bezeichneten Ansprüche (zu vgl. Begr. zu dieser Bek., Kriegsbuch von Güthe-Schlegelberger, Die Kriegsgesetze mit amtlicher Begründung und der gesamten Rechtsprechung und Rechtslehre Band II S. 141) betrifft nur Verbindlichkeiten, die im allgemeinen in regelmäßig wiederkehrenden Leistungen bestehen. Wenigstens wird erfordert, daß die Ansprüche, deren Verjährung in Frage kommt, zu einer Gruppe von Ansprüchen gehören, die im allgemeinen ihrer Natur nach regelmäßig wiederkehrende Leistungen zum Gegenstande haben (zu vgl. Amtl. Nachr. S. 258 Ziff. 2307). Dies trifft aber auf Ansprüche auf Rückerstattung von Beiträgen nicht zu, die sich in einer einmaligen Leistung erschöpfen. Die zu § 29 RVO. ergangene besondere „Bekanntmachung, betreffend Verjährung rückständiger Beiträge nach § 29 RVO." vom 2. Dezember 1916 (RGBl. 1916 S. 1341) betrifft nur den Abs. 1 dieses Paragraphen, also nur die Ansprüche auf Rückstände und spricht nur hinsichtlich dieser eine Verlängerung der Verjährungsfrist aus. Für die Frage, ob und inwieweit der Anspruch der Eisenbahndirektion auf Rückerstattung der zuviel gezahlten Beiträge verjährt ist, ist also lediglich § 29 Abs. 2 maßgebend.

Nach dieser Vorschrift ist der Anspruch auf Rückerstattung der Beiträge aus den Jahren 1914 und 1915 verjährt, da das Streitverfahren erst Ende des Jahres 1916 eingeleitet worden ist. Wie das Reichsversicherungsamt in der grundsätzl. Entsch. 2361 (Amtl. Nachr. 1917 S. 514) ausgesprochen hat, unterbricht nicht schon eine an die Kasse gerichtete Zahlungsaufforderung oder Mahnung, sondern bei Streit über die Rückzahlung erst der bei dem Versicherungsamte gestellte Antrag auf Entscheidung nach § 405 Abs. 2 RVO. die Verjährung eines Anspruchs auf Rückerstattung von Krankenkassenbeiträgen. Ob auch der von der Kasse gestellte Entscheidungsantrag geeignet ist, die Verjährung zugunsten des Rückforderungsberechtigten zu unterbrechen, bedarf hier keiner besonderen Prüfung. Denn dem Entscheidungsantrage der Kasse ist noch während des Laufes der Verjährungsfrist für die Rückforderung der Beiträge des Jahres 1916 der Gegenantrag der Eisenbahndirektion gefolgt, ihren Rückforderungsspruch für begründet zu erklären. Wenigstens diesem Gegenantrage muß die gleiche Bedeutung wie einem von der Eisenbahndirektion selbst gestellten Antrag auf Entscheidung aus § 405 Abs. 2 beigemessen werden.

Gegenüber dem hiernach nicht verjährten Anspruch auf Rückerstattung der zuviel gezahlten Arbeitgeberbeiträge aus dem Jahre 1916 sind noch die Einwendungen zu prüfen, welche die Kasse neben der Verjährungseinrede erhoben hat. Die Eisenbahndirektion habe, so hat die Kasse ausgeführt, die Zahlungen auf Grund ihrer Auslegung der Kassensatzung geleistet. Sie habe dabei beabsichtigt, den zum Kriegsdienst eingezogenen Kassenmitgliedern die Wohltaten der Krankenversicherung zu erhalten, dafür zu sorgen, daß, sobald die Möglichkeit sich ergebe und ein tatsächliches Bedürfnis anzuerkennen sei, nach der Entlassung aus dem Kriegsdienst die Kasse die weitere Fürsorge für die Kriegsteilnehmer und namentlich für die Familien der verheirateten Kriegsteilnehmer übernehme. Die Eisenbahndirektion habe es als ihre sittliche Pflicht anerkannt, durch Weiterzahlung der Arbeitgeberbeiträge an diesem wichtigen sozialen Werke teilzunehmen, habe dadurch auch erhebliche Leistungen der Kasse für die Kriegsteilnehmer und ihre Familien veranlaßt. Durch die im Vertrauen auf die geldliche Unterstützung der Eisenbahndirektion gemachten Aufwendungen der Kasse seien die etwa zuviel gezahlten Arbeitgeberbeiträge aufgebraucht, so daß eine Bereicherung der Kasse nicht mehr vorhanden sei. Wenn die Eisenbahndirektion die Zahlung der Beiträge nach-

träglich wegen Irrtums über die rechtliche Verpflichtung zur Zahlung anfechte, so habe sie nach § 122 des Bürgerlichen Gesetzbuchs der Kasse den Schaden zu ersetzen, den sie im Vertrauen auf die Gültigkeit der Erfüllung erlitten habe.

Diese Ausführungen sind nicht geeignet, dem Rückforderungsanspruch der Eisenbahndirektion wirksam zu begegnen. Der Anspruch auf Rückerstattung zu Unrecht gezahlter Krankenversicherungsbeiträge gehört dem öffentlichen Recht der Krankenversicherung an und ist in erster Reihe nach den für dieses Rechtsgebiet geltenden Grundsätzen zu beurteilen. Die Reichsversicherungsordnung setzt einen solchen Anspruch voraus und regelt nur das Verfahren für seine Geltendmachung und die Verjährung (§ 405 Abs. 2, § 29 Abs. 2 RVO.). Der Senat hat in der Entsch. 2120 (Amtl. Nachr. 1915 S. 777) dargelegt, daß auf den Erstattungsanspruch die Vorschriften des Bürgerl. Gesetzb. über ungerechtfertigte Bereicherung (§§ 812 ff.) ergänzend anzuwenden sind, aber nur insoweit, als es mit den für das öffentlich-rechtliche Gebiet der Krankenversicherung geltenden Grundsätzen vereinbar ist. Auch das Reichsgericht hat sich mehrfach mit der Frage der Anwendbarkeit der Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Bereicherung auf öffentlich-rechtlichem Gebiete befaßt. In Band 56 seiner Entsch. in Zivils. S. 346 behandelt es die Rückforderung zu Unrecht gezahlter Beiträge. Es geht davon aus, daß ein solcher Anspruch zivilrechtlich eine Klage aus ungerechtfertigter Bereicherung nach Maßgabe der §§ 812 ff. BGB. darstelle, daß das zugrunde liegende Rechtsverhältnis aber teilweise auf dem Boden des öffentlichen Rechts beruhe. Den § 818 Abs. 3 a. a. O., der die Verpflichtung zur Herausgabe des zu Unrecht Empfangenen ausschließt, soweit der Empfänger nicht mehr bereichert ist, erachtet das Reichsgericht an sich als anwendbar. In Band 81 S. 340 ff. seiner Entsch. hat es dagegen den Einwand, daß der Empfänger nicht mehr bereichert sei, gegenüber dem Anspruch des Militärfiskus auf Rückzahlung zu Unrecht gezahlter Versorgungsgebührnisse verworfen. Dabei führte es aus, daß die Voraussetzungen des bürgerlichen Rechts für die Geltendmachung von Ansprüchen auf Rückerstattung des auf eine Nichtschuld Geleisteten nicht ohne weiteres für die Begründung der auf öffentlich-rechtlichem Gebiete erwachsenen Erstattungsansprüche Geltung hätten. Es verneinte die Anwendung des § 818 Abs. 3 BGB. vor allem mit Rücksicht darauf, daß bei der schlechten Vermögenslage der Empfänger von Versorgungsgebührnissen die Rückforderungsanordnung überhaupt zwecklos wäre, wenn der Einwand der nicht mehr vorhandenen Bereicherung zugelassen würde, und daß nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift die Pfändung der Versorgungsgebührnisse wegen des Anspruchs auf Rückzahlung unbeschränkt zulässig wäre. In dieser Entsch. ist weiter auf den § 622 RVO. verwiesen worden, der die Geltendmachung des Rückerstattungsanspruchs der Berufsgenossenschaft nicht davon abhängig mache, daß der Versicherte aus der zu Unrecht gezahlten Entschädigung zur Zeit noch bereichert sei. Endlich hat das Reichsgericht in Band 83 S. 161 seiner Entsch. in Zivils. ausgesprochen, daß der Beamte gegenüber dem Anspruch auf Rückzahlung zuviel gezahlten Gehalts den Wegfall der Bereicherung geltend machen könne. Es hat dazu geführt, daß der Anwendung der §§ 812 ff., insbesondere des § 818 Abs. 3 BGB. staatsrechtlich Bedenken nicht entgegenständen. Aus alledem ergibt sich als Grundgedanke in der Rechtsprechung des Reichsgerichts, daß die Anwendung der §§ 812 ff. auf die Rückforderung zu Unrecht geleisteter Zahlungen, die im öffentlichen Recht ihre Grundlage hat, nur vorsichtig und unter voller Würdigung der Bedeutung und des Zweckes der in Frage kommenden Vorschriften des öffentlichen Rechts erfolgen soll.

Die Betriebskrankenkasse beruft sich auf zwei Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die den Anspruch auf Rückforderung des zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleisteten ausschließen. Zunächst auf § 814 a. a. O., der die Rückforderung ausschließt für Fälle, in denen der Leistende gewußt hat, daß er zur Leistung nicht verpflichtet war oder daß die Leistung einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprach. Sodann auf den bereits erwähnten § 818 Abs. 3 a. a. O. Nach Lage des Falles ist es nicht zweifelhaft, daß die Eisenbahndirektion nur im Irrtum über Rechtswirksamkeit und Tragweite des § 16 Abs. 2 der Satzung geleistet hat. Während § 16 Abs. 2 nach einer Auskunft des Königl. Preuß. Ministers der öffentlichen Arbeiten vom 10. September 1917 nur dahin verstanden werden sollte, daß für verheiratete Kriegsteilnehmer ein Drittel des bisherigen Arbeitgeberanteils weiterzuzahlen sei, waren für verheiratete und unverheiratete Kriegsteilnehmer die vollen bisherigen Beitragsanteile weiter entrichtet worden. Daß dies einer sittlichen Pflicht oder Anstandsrücksichten entsprach, kann nicht zugegeben werden. Eine so weit gehende Verpflichtung des Arbeitgebers findet weder in gesetzlichen Vorschriften noch in den Anschauungen der in Betracht kommenden Bevölkerungskreise eine ausreichende Stütze. Hiernach kann es dahingestellt bleiben, ob die bürgerlich-rechtliche Vorschrift des § 814 BGB. auf den an sich öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen überhaupt anwendbar ist. Wohl aber muß nach den Behauptungen der Betriebskrankenkasse zu der Anwendbarkeit des § 818 Abs. 3 BGB. Stellung genommen werden. Sie hat der Senat abgelehnt. Der Rückerstattungsanspruch ist in der Reichsversicherungsordnung (§ 29 Abs. 2) durch Regelung der Verjährung besonders ausgestaltet worden. Die Kürze der Verjährungsfrist weist darauf hin, daß der Gesetzgeber in bezug auf die Rückforderung der Beiträge ein-

fache und klare Verhältnisse schaffen und den Beitragserstattungsstreit von verwickelten und weitläufigen Erhebungen tunlichst freihalten wollte. Das war um so mehr veranlaßt, weil es sich bei der Rückforderung von Beiträgen in der Regel nur um verhältnismäßig unerhebliche Beträge handeln kann. Daß sich der hier zu entscheidende Streit um eine größere Summe dreht, liegt an der Eigenart dieses Falles, in dem ausnahmsweise für eine große Anzahl von Kassenmitgliedern Beiträge irrig geleistet worden waren. Bei solcher Sachlage besteht in der Tat auch kein Bedürfnis zur Übernahme der Vorschrift des § 818 Abs. 3 BGB., ganz abgesehen davon, daß die Feststellung, ob und inwieweit der Versicherungsträger durch die irrtümlich geleisteten Beiträge nicht mehr bereichert ist, vielfach kaum würde getroffen werden können. Die in der Entsch. des Reichsversicherungsamts 2120 (Amtl. Nachr. 1915 S. 777) offengehaltene Frage, ob dem Anspruch auf Rückerstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge der Einwand aus § 818 Abs. 3 BGB. entgegengestellt werden könne, war hiernach zu verneinen. Zur Entscheidung über den auf § 122 BGB. gestützten Schadensersatzanspruch der Kasse sind die Versicherungsbehörden nicht zuständig. Auch lag zu einer Aussetzung des Verfahrens, um der Kasse Gelegenheit zu geben, ihren Schadensersatzanspruch vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen, kein Anlaß vor. Vielmehr war die Aufrechnungseinrede als im vorliegenden Verfahren unstatthaft zurückzuweisen. Hiernach rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

Das Versicherungsamt darf seine Strafverfügung nicht selbst aufheben.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. März 1918 (2461 Amtl. Nachr. 1918 S. 353).

Die beiden Fragen, die grundsätzlich zu entscheiden sind, nämlich ob das Versicherungsamt eine von ihm festgesetzte Strafe zurücknehmen kann und ob die Verfügung, durch welche dies geschieht, als eine Entscheidung im Sinne des § 1792 RVO. anzusehen ist, hängen eng zusammen. Im allgemeinen sind die sogenannten „Abhelfsentscheidungen" dadurch gekennzeichnet, daß, wie im § 348 der Strafprozeßordnung und im § 571 der Zivilprozeßordnung, die Beschwerde bei dem Gericht einzulegen ist, dessen Entscheidung angefochten wird, und daß dieses Gericht oder dessen Vorsitzender nach ausdrücklicher Vorschrift des Gesetzes einer für begründet erachteten Beschwerde abzuhelfen hat. Für das Beschwerdeverfahren der Arbeiterversicherung ist eine ähnliche Regelung nur im § 19 der RVO. und im § 44 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vorgesehen. — Das Beschwerdeverfahren gegenüber den vom Versicherungsamte festgesetzten Strafen richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften über Rechtsmittel- und Beschlußverfahren. Diese Vorschriften sprechen aber insofern nicht für die Zulässigkeit der Abhelfsentscheidungen, als die Rechtsmittel der Reichsversicherungsordnung regelmäßig nicht bei der Stelle, die entschieden hat, sondern bei der, die zu entscheiden hat, eingelegt werden (§ 129 Abs. 1 RVO.). Ist aber die Beschwerde eingelegt, so ist die Sache der Instanz, deren Entscheidung angefochten wird, entzogen. Es bedürfte einer entsprechenden Regelung im Gesetz, um die Änderung einer Entscheidung dann noch durch die Instanz, die die Entscheidung erlassen hat, zuzulassen. Dazu kommt, daß die Krankenkasse mit der Festsetzung der Strafe das Recht ihrer Vollstreckung erwirbt; denn nach § 130 der RVO. bewirken Rechtsmittel Aufschub nur da, wo das Gesetz dies vorschreibt. Die vorläufige Vollstreckbarkeit ist auch deshalb für die Krankenkasse von Bedeutung, weil die Geldstrafe nach § 146 Abs. 1 RVO. in ihre Kasse fließt. Ergibt sich hieraus das Interesse der Krankenkasse an der Festsetzung der Strafe, so besteht es auch daran, daß die Strafe nicht gegen ihren Willen aufgehoben wird. Demgemäß muß die Verfügung, welche die Straffestsetzung aufhebt, als eine Entscheidung gelten, die mit der Beschwerde anfechtbar ist. Geht man hiervon aus, so würde durch die eine Strafe aufhebende Entscheidung der Straffestsetzungsbehörde selbst der Rechtszug der gegen die Straffestsetzung gerichteten Beschwerde abgebrochen oder unterbrochen. Die Parteirolle des Klägers und der Beklagten würden vertauscht, was einer schnellen und klaren Abwicklung nicht förderlich ist. Für die hier vertretene Auffassung spricht auch die Erwägung, daß man die dem Versicherungsamt eingeräumte Befugnis dem Oberversicherungsamte nicht wohl versagen könnte. Dann könnte aber eine Änderung der Entscheidung sogar nach der Rechtskraft (§ 530 Abs. 4 RVO.) und damit eine völlige Aufhebung der im Gesetze gezogenen Schranken eintreten. Eine solche Folgerung ist auch nicht daraus herzuleiten, daß im Strafrecht der Arbeiterversicherung das Begnadigungsrecht nicht ausgeübt werden kann. Mögen auch Fälle denkbar sein, in denen das Strafrecht falsch gehandhabt worden ist, so ergibt sich daraus noch nicht die Notwendigkeit, Ausnahmen zuzulassen, die weder im Gesetz eine Stütze finden, noch dem Wesen der mit einem Rechtsmittel anfechtbaren Entscheidung und der Rechtskraft entsprechen. Ob solche Ausnahmen dann zulässig sind, wenn der beteiligte Versicherungsträger ebenso wie die entscheidende Instanz sich von der unzutreffenden Handhabung des Strafrechts überzeugen, braucht hier nicht entschieden zu werden. Auch dazu ist nicht Stellung zu nehmen, ob in diesem Falle der Versicherungsträger von der Vollstreckung Abstand nehmen oder etwa gar die vollstreckte Strafe zurückzahlen darf (verneinend Aull im Zentralbl. der Reichsvers. 1912 S. 178 Sp. 2). Mit der hier vertretenen Auffassung stimmt, wenigstens im wesentlichen Ergebnis, überein die Rechtsauskunft in der ArbVers. 1918 S. 117 Nr. 4 (abweichend

Moesle-Rabeling, Kommentar 3. Aufl. S. 581 Vorbem. zu §§ 908 ff., und Hanow-Lehmann, Kommentar 3. Aufl. S. 621 Vorbem. zu §§ 1487 ff.). Soweit es sich um die Zurücknahme der von den Versicherungsträgern verhängten Strafen durch letztere handelt, mag die gegenteilige Auffassung vertretbar sein. Anders liegt es bei den von den Versicherungsbehörden verhängten Strafen. Es sei dahingestellt, ob dies schon aus dem Unterschied der autonomen Strafe des Versicherungsträgers gegenüber der öffentlich-rechtlichen Strafe der Versicherungsbehörden zu folgern ist (zu vgl. Preger, Die Ordnungsstrafe im Reichsrecht, Archiv für öffentliches Recht, VII S. 365 ff., besonders S. 397). Jedenfalls ist es ein wesentlicher Unterschied, ob der Versicherungsträger, dem aus der Straffestsetzung Rechte erwachsen, die Strafe zurücknimmt oder ob dies die Versicherungsbehörde tut, die im Strafverfahren nicht auch Parteistellung hat. Nach alledem ergibt sich, daß die Verfügung des Versicherungsamts vom 10. Mai 1917, durch die dem Z. die Strafe erlassen wurde, unzulässig war. Sie stellt sich als eine Entscheidung dar, die die Kasse mit der Beschwerde anfechten konnte. Die Entscheidung war daher aufzuheben. Die Wirkung dieser Aufhebung ist, daß das Strafverfahren wieder in die Lage zurückversetzt ist, in dem es sich nach der Einlegung der Beschwerde des Z. gegen die Strafverfügung vom 9. November 1916 befand. Demgemäß wird das Oberversicherungsamt über diese Beschwerde zu entscheiden haben. Dabei wird darauf hingewiesen, daß das Versicherungsamt unzulässigerweise für den Fall der Nichtbeitreibung der Geldstrafe eine Haftstrafe von 2 Tagen eingesetzt hat (zu vgl. Entsch. 2168, Amtl. Nachr. RVA. 1916 S. 383).

C. Zur Krankenversicherung.

Meldepflichtiger Arbeitgeber der Dienstboten ist der Ehemann, nicht die Ehefrau.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 21. Mai 1918 (B. K. 129/18).

Das Versicherungsamt lehnt die Bestrafung des Ehemannes R. Sch. ab, weil nicht er selbst, sondern seine Ehefrau zur Anmeldung der in seinem Haushalte als Aushilfe beschäftigt gewesenen K. Sch. bei der Krankenkasse verpflichtet gewesen sei. Diese Ansicht kann nicht als zutreffend erachtet werden. Meldepflichtig und somit der Strafvorschrift des § 530 RVO. unterworfen ist der Arbeitgeber, welcher einen Versicherungspflichtigen beschäftigt (§ 317 RVO.). Arbeitgeber der im Haushalte beschäftigten Personen ist aber der Ehemann als Haushaltungsvorstand und nicht seine Ehefrau. Denn die im Haushalte beschäftigten Personen sind in erster Linie von dem Ehemanne als Haushaltungsvorstand sowohl wirtschaftlich als persönlich abhängig, und eine Abhängigkeit von der Ehefrau kann immer nur daneben bestehen. Nach § 1357 Bürgerl. Gesetzb. ist die Frau Dritten gegenüber nur berechtigt, nicht verpflichtet, innerhalb ihres häuslichen Wirkungskreises die Geschäfte des Mannes für ihn zu besorgen und ihn zu vertreten. Rechtsgeschäfte, die sie innerhalb dieses Wirkungskreises vornimmt, gelten als im Namen des Mannes vorgenommen, wenn nicht aus den Umständen sich ein anderes ergibt. Daher ist die Ehefrau auch nicht verpflichtet, sondern nur berechtigt, die Anmeldung eines Versicherungspflichtigen vorzunehmen, und die Krankenkasse hat diese Anmeldung entgegenzunehmen, sofern sie nicht etwa feststellt, daß der Ehemann das Recht seiner Ehefrau zur Vornahme der Anmeldung nach § 1357 Abs. 2 Bürgerl. Gesetzb. beschränkt oder ausgeschlossen hat. Auch eine persönliche Abhängigkeit der im Haushalt beschäftigten Personen von dem Ehemanne und nicht nur von der Ehefrau muß nach § 1357 Bürgerl. Gesetzb. und §§ 2 bis 4 und §§ 56 ff. Preuß. Gesindeordnung als zu Recht bestehend angenommen werden.

Der Ehemann ist daher als Arbeitgeber dafür verantwortlich, daß die in seinem Haushalte beschäftigten Versicherungspflichtigen den gesetzlichen Vorschriften gemäß bei den Krankenkassen gemeldet werden, wie er auch für die Zahlung der Kassenbeiträge haftbar ist, und kann sich einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit nach § 530 RVO. nicht einfach dadurch entziehen, daß er seine Ehefrau als die Verantwortliche bezeichnet. Nach § 534 RVO. darf er als Arbeitgeber die Meldepflicht lediglich Betriebsleitern, Aufsichtspersonen oder anderen Angestellten seines Haushaltes übertragen. Es käme also außer seiner eigenen nur die Verantwortlichkeit etwa einer Hausdame, einer Wirtschafterin oder eines Wirtschaftsinspektors in Frage, von der aber tatsächlich hier nicht die Rede ist.

Eine Bestrafung des Ehemannes R. Sch. erschien im vorliegenden Falle indessen nicht am Platze. Da die in seinem Haushalte beschäftigte Aushilfe, wie von der Krankenkasse nicht bestritten ist, bereits einer anderen Krankenkasse angehörte und der Ehefrau Sch. eine Kassenquittung über bereits eingezahlte Beiträge vorzeigte, kann das Unterbleiben der Meldung als ent-

schuldigt gelten, zumal eine Bestrafung oder Verwarnung des Arbeitgebers wegen ähnlicher Unregelmäßigkeiten bisher noch nicht erfolgte.

Hiernach war die angefochtene Entscheidung des Versicherungsamts, wenn auch aus anderen als den darin angegebenen Gründen, aufrecht zu erhalten.

Die Dauer der Krankenhilfe ist nicht vom tatsächlichen Bezuge des Krankengeldes, sondern vom Beginn des Anspruchs darauf zu berechnen.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Februar 1918 (2451 Amtl. Nachr. 1918 S. 339).

Der Wortlaut des Gesetzes gibt zu Zweifeln Anlaß, ob die im zweiten Teile des ersten Satzes des § 183 RVO. vorgesehene neue Frist für die Dauer der Krankenhilfe sich nach dem Tage richtet, von dem an das Krankengeld tatsächlich bezogen, mithin gezahlt ist, wie die Beklagte in ihrer auch im Revisionsverfahren aufrecht erhaltenen Berufungsbegründung behauptet, oder nach dem Tage, von dem ab ein Anspruch auf Krankengeld gesetzlich gegeben ist. Die zeitliche Erweiterung der Dauer der Krankenhilfe, wie sie die erwähnte Vorschrift in § 183 der RVO. vorsieht, war inhaltlich bereits in § 6 Abs. 2 KrVersGes. gegeben und beruhte dort auf dem Gesetze vom 10. April 1892. Für die darin bestimmte Erweiterung der Kassenleistungen waren nach der Begründung Billigkeitsrücksichten sowie die Absicht maßgebend, solchen Versicherten, welche zwar erkrankt aber noch nicht arbeitsunfähig sind, den Anreiz zu leichtfertiger Niederlegung der Arbeit zu nehmen, der bisher in der Besorgnis liegen konnte, daß ihnen, falls Arbeitsunfähigkeit erst in einem späteren Zeitpunkt ihrer Erkrankung hinzutritt, nur für den Rest der 26 Wochen nach Beginn der Krankenhilfe Krankengeld zustehen würde (zu vgl. v. Woedtke, Krankenvers. 4. Aufl. S. 146). Das Königl. Preuß. Oberverwaltungsgericht hat für das Recht des Krankenversicherungsgesetzes in der Entsch. am 15. April 1901 (ArbVers. 1901 S. 505) ausgesprochen, weder diese Absicht des Gesetzgebers noch der Wortlaut des Gesetzes berechtige zu der Annahme, daß mit dem Grundsatz, wonach Krankenunterstützung von dem Tage, an dem sie zuerst in Anspruch genommen wird, fortlaufend in Anspruch zu nehmen und zu gewähren ist, für den Fall habe gebrochen werden sollen, daß Erwerbsunfähigkeit erst im Laufe der Heilbehandlung eintritt.

An diesem Grundsatz, daß die Krankenunterstützung fortlaufend in Anspruch zu nehmen und zu gewähren ist, hat die Reichsversicherungsordnung eine Änderung nicht eintreten lassen. Mithin ist den Erwägungen des Oberverwaltungsgerichts in der erwähnten Entscheidung auch für das Recht der Reichsversicherungsordnung beizutreten. Ebensowenig, wie es im Belieben des Versicherten steht, auf die Dauer der Krankenunterstützung dadurch einzuwirken, daß er bei nachträglich hinzutretender Arbeitsunfähigkeit erst von einem späteren Zeitpunkt an Krankengeld fordert, kann es in die Hand der Krankenkasse gelegt sein, durch Bestreiten des Anspruchs auf Krankengeld oder gar durch verspätete Zahlung den Beginn der Frist willkürlich zu bestimmen, und damit unter Umständen den Anspruch des Versicherten auf Krankengeld auszuschalten.

Die Entscheidung kann daher nicht, wie die beklagte Krankenkasse annimmt, von den Zufälligkeiten der tatsächlichen Auszahlung des Krankengeldes abhängen. Als „Bezug" des Krankengeldes im Sinne des Gesetzes vom 10. April 1892 und unter „bezogen" im Sinne des § 183 RVO. ist nicht die tatsächliche Zahlung des Krankengeldes zu verstehen. Vielmehr ist für die Entscheidung nur derjenige Zeitpunkt maßgebend, an welchem durch Hinzutritt der Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld begründet wird, ohne Rücksicht darauf, ob der Versicherte das Krankengeld tatsächlich erst von einem späteren Zeitpunkt ab erhält (zu vgl. auch Hoffmann, Kommentar, Anm. 4 a. E. zu § 183, und Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 2 d zu zu § 183). Diese Fristverlängerung rechnet daher im vorliegenden Falle vom 24. Juni 1916 ab. Die Ansicht der Krankenkasse, daß der Kläger hieraus Rechte wegen Verzichts nicht mehr herleiten könne, ist unzutreffend. Zwar hat er den Anspruch auf Krankengeld für die Zeit vom 24. bis zum 28. Juni erst nach dem 29. August geltend gemacht, nachdem er bereits den Anspruch auf Krankengeld für die Zeit von diesem späteren Termin ab erhoben hatte. Ein Verzicht hat aber neben einer klar erkennbaren Äußerung des Verzichtwillens zur Voraussetzung, daß er vom Berechtigten im Bewußtsein seines Rechtes abgegeben wird. Darin, daß eine Forderung zunächst nicht geltend gemacht wird, vielleicht aus Irrtum über das Bestehen des Anspruchs, ist aber noch kein rechtswirksamer Verzicht zu erblicken.

Anspruch eines Krankenkassenbeamten als Kriegsteilnehmers auf Fortzahlung des Gehalts. — Zuständigkeit der Versicherungsbehörden zur Entscheidung?

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 30. April 1918 (B. K. 32/18).

Der Beamte E. L. der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt B. beansprucht die Auszahlung eines vollen Gehalts für die Zeit vom 7. Oktober 1916 ab, seit welcher er in dem Begleittrupp der Krankentransportabteilung 142 Etappeninspektion Nr. 11 Dienst tut. Das Versicherungsamt hat durch Bescheid vom 24. Dezember 1917 diesen Anspruch für unbegründet erklärt, weil der Wiedereintritt in den Dienst am 7. Oktober 1916 nur eine Fortsetzung der auf

Grund einer früheren freiwilligen Meldung übernommenen Tätigkeit als Krankenpfleger sei.

Der hiergegen rechtzeitig eingelegten Beschwerde war stattzugeben aus folgenden Gründen:

1. Die — von der Krankenkasse bemängelte — Zuständigkeit des Versicherungsamts und Oberversicherungsamts in dieser Sache ist begründet. Es handelt sich nicht um ein Verfahren nach § 358 RVO. — worauf sich die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 11. November 1916 (abgedruckt „Ortskrankenkasse" 1917 Nr. 4) bezieht —, sondern nach §§ 30, 377 RVO. Auch die Ansicht der Krankenkasse in ihrem Schriftsatze vom 3. Oktober 1917, daß zunächst der Bezirksausschuß zu entscheiden habe, ist nicht richtig. Der § 7 des Kommunalbeamtengesetzes, welcher die Zuständigkeit des Bezirksausschusses für streitige vermögensrechtliche Ansprüche der Kommunalbeamten regelt, ist für Streitigkeiten der Krankenkassenbeamten nicht eingeführt, weder durch ein Gesetz, noch durch den Ministerialerlaß vom 18. Februar 1914 (HandMinBl. S. 79), noch durch das Regulativ des Oberversicherungsamts. Das Oberversicherungsamt hätte diese Zuständigkeit des Bezirksausschusses durch eine Vorschrift im Regulativ auch nicht begründen können. Denn unter den Rechten und Pflichten der gemeindlichen Beamten, die den Krankenkassenbeamten durch den genannten Ministerialerlaß in Ausführung des § 359 Abs. 4 RVO. übertragen wurden, sind offenbar nur materielle Rechte zu verstehen; beabsichtigt war weder eine Unterordnung der Krankenkassenbeamten unter die für die Kommunalbeamten zuständigen Behörden noch die Einführung des formellen Verfahrens, welches für letztere gilt. Ausgenommen hiervon ist allein die durch eine Vorschrift des Ministerialerlasses ausdrücklich begründete Zuständigkeit des Ersten Bürgermeisters oder des Landrats, wenn es sich um Disziplinarsachen der Krankenkassenbeamten handelt. Eine etwaige Zuständigkeit des Bezirksausschusses hätte zum wenigsten ebenfalls durch den Ministerialerlaß in Ausführung des § 359 a. a. O. eingeführt werden müssen. Demnach haben die in der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Aufsichtsbehörden über die Krankenkassen zu entscheiden, ob der Anspruch des Beschwerdeführers nach dem Gesetz berechtigt ist, und zwar vorbehaltlich der den Parteien auch hier zustehenden Anrufung der ordentlichen Gerichte.

2. Der Anspruch des Beschwerdeführers erwies sich bei näherer Prüfung — es ist noch eine Äußerung der Militärbehörde, nämlich des Delegierten bei der Krankentransportabteilung 142 vom 28. März 1918 eingeholt worden — nach § 66 des Reichsmilitärgesetzes begründet. Der Beschwerdeführer, im Jahre 1880 geboren, steht noch in wehrpflichtigem Alter und war bei einer durch Verfügung vom 19. Februar 1916 angeordneten Musterung als kriegsverwendungsfähig befunden worden. Durch die General-Musterungs-Kommission erhielt er später im August 1916 die Entscheidung „garnisonverwendungsfähig Etappe". Wenn er hiernach im Etappengebiet auf der deutschen Krankenanmeldestelle in Belgrad als Pfleger verwendet wird, und die gleichen Dienste versieht, wie die dort tätigen Militärkrankenwärter, so handelt es sich offenbar um eine „Einberufung" zum Militärdienste im Sinne des § 66 a. a. O. Ohne Belang ist es unter diesen Umständen, daß er früher, vom April 1915 bis Juni 1916, als freiwilliger Krankenpfleger Dienst getan hat. Diese frühere freiwillige Tätigkeit hat zwar die Wirkung gehabt, daß der Beschwerdeführer jetzt im Etappengebiet gerade bei einer Krankentransportabteilung und nicht bei einer anderen für ihn in Frage kommenden Formation verwendet wird. Sie steht aber der Tatsache nicht entgegen, daß der Beschwerdeführer seit Oktober 1916 nicht mehr freiwillig Militärdienste leistet, sondern auf Grund einer Einberufung durch die zuständige Militärbehörde.

Anmerkung: Die Entscheidung ist falsch, insofern das Oberversicherungsamt die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden für den Streit über einen rein vermögensrechtlichen Anspruch der Kassenbeamten gegen die Kasse aus den die Aufsicht über die Krankenkassen betreffenden Vorschriften in §§ 30, 377 RVO. hergeleitet hat. Zu vgl. die Anmerkung in ArbVers. 1918 Heft 14 S. 272.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Tagungen der großen Kassenverbände.

Seitdem die Reichsversicherungsordnung die Daseinsbedingungen der Krankenkassenverbände ausgestaltet hat, entwickeln sich diese allenthalben in kräftiger Weise. Davon gibt unsere Übersicht in ArbVers. 1918 S. 112, 196 ein Bild. Die Entwicklung ging aber nicht nur in die Breite, sondern auch in die Tiefe. Immer vielgestaltiger sind die Aufgaben geworden, die sich die Kassenverbände gesteckt haben. Das tritt auf den Verbandstagungen, die im allgemeinen in der Regel alljährlich veranstaltet werden, anschaulich hervor.

Die bisherigen Versammlungen des Jahres 1918 standen wie immer unter den Einwirkungen der Zeiterfordernisse: Ärztfrage, Ausgestaltung des Krankenkassenwesens namentlich im Hinblick auf die Bundesratsverordnung vom 22. November 1917 (Erhöhung der Grundlöhne), Änderung der Reichsversicherungsordnung usw. Zu all diesen Angelegenheiten wurden meist Entschließungen angenommen, und es wird ihre Wirkung erhöhen, daß sie im allgemeinen eine gewisse Übereinstimmung zeigen. Fast immer waren die Tagungen von Vertretern der zuständigen Behörden, namentlich Versicherungsbehörden, besucht.

Betrachten wir zunächst die großen Hauptverbände, so ist festzustellen, daß derjenige der Ortskrankenkassen bis jetzt nur eine Sitzung des neuen Beirats, der Vertretung sämtlicher Unterverbände, abgehalten hat, am 30. Juni in Weimar, und daß eine Allgemeine Mitgliederversammlung in diesem Jahre voraussichtlich nicht stattfindet. Die Beiratssitzung hat sämtliche Geschäfte, die sonst der Hauptversammlung zufallen, bereits erledigt. Vertreten waren 1120 Kassen mit 5½ Millionen Mitgliedern. Der Geschäftsführer Lehmann verwies in seinem Geschäftsbericht hauptsächlich auf das Jahrbuch der Krankenversicherung 1917, das alle hauptsächlichen Fragen behandelt. Mit den Landesversicherungsanstalten wird ein Abkommen wegen des Zahnheilverfahrens geplant, in ähnlicher Weise wie mit der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. Den Mittelpunkt der Tagung bildete die Arztfrage. Nach einer eingehenden Aussprache hierüber wurden eine Reihe Leitsätze für die neuen Arztverträge angenommen. Nach diesen sollen nicht mehr Ärzte zugelassen werden, als das Berliner Abkommen vorschreibt. Empfehlenswert ist die Einrichtung von Kurbezirken, in denen den Versicherten die freie Wahl unter den vorhandenen Ärzten zusteht. Während des Krieges sollen grundsätzlich neue Sätze für Honorar und Wegegeld nicht vereinbart, sondern, wo erforderlich, Kriegszulagen bewilligt werden. Bei Einrichtung von Kurbezirken ist die Bezahlung der Ärzte mit einem festen Jahresgehalt empfehlenswert. Pauschsätze sollten niemals nach Hundertsteln der Beitragseinnahmen berechnet werden. Die Festsetzung eines Pauschsatzes nur für Beratungen und Besuche ist abzulehnen. Bei Bezahlung nach Einzelleistung sind die Mindestsätze der amtlichen Gebührentaxe zu vereinbaren. Schließlich sprechen sich die Leitsätze noch über Art und Form der Verträge aus. Gegen die von den Ärzten verlangte Erhöhung der Mindestsätze der staatlichen Gebührentaxe wurde Einspruch erhoben. — Pollender (Leipzig) berichtete über die Gründung von Beratungsstellen und Diagnostischen Instituten der Krankenkassen, die für Großstädte eine Notwendigkeit sind. — Gegen die vielfach geforderte Errichtung eines Reichsmedizinalamtes werden keine Einwendungen erhoben, sofern dasselbe nicht einseitig die Standesforderungen der Ärzte vertritt. — Über die Änderung der Versicherungsgrenzen der Privatangestellten berichtet Reichstagsabgeordneter Bauer. Während die Angestelltenverbände und Gewerkschaften aller Richtungen sich der Forderung der Krankenkassen nach einer Erhöhung der Grenze auf 5000 ℳ angeschlossen haben, hat der Ärztetag in Eisenach sich grundsätzlich gegen eine solche Erhöhung ausgesprochen. Die Ärzte verlangen bei einer Erweiterung der Versicherungsgrenzen „volle Durchführung der freien Arztwahl und eine völlig neue Grundlage für die kassenärztliche Entschädigung". Trotzdem ist die Ausdehnung der Grenzen zu erwarten. — Im weiteren berichtete Geschäftsführer Lehmann über den Stand der Verhandlungen mit dem Apothekerverband, sodann Rühe (Hamburg) über Mitwirkung der Krankenkassen beim Ausbau und der Zentralisation der Fürsorgestellen, wobei die in Hamburg auf diesem Gebiet getroffenen vorbildlichen Einrichtungen dargestellt wurden. Auch hierzu wurde eine Reihe von Leitsätzen angenommen. Direktor Kohn (Berlin) berichtete über die Wirkungen des Krieges auf die Gesundheitsverhältnisse der Versicherten und die Schaffung einer einheitlichen Krankenstatistik. Die bereits bestehende Verwaltungskommission soll die nötigen Vorschläge und Formulare ausarbeiten. Der in der letzten Hauptversammlung eingesetzte Ausschuß für Änderung der Reichsversicherungsordnung hat sich dahin schlüssig gemacht, daß zunächst nur die dringendsten Reformen gefordert werden sollen. Er wird seine Vorschläge demnächst veröffentlichen. Die Ausstellungsvereinigung wird einen Teil des Ausstellungsmaterials der Dresdener Hygieneausstellung, der ihm vom dortigen Hygienemuseum zur Verfügung gestellt worden ist, in der Form einer Wanderausstellung den Kassen zugänglich machen.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der Deutschen Betriebskrankenkassen hielt seine Jahresversammlung am 23. und 24. Juni in Berlin ab. Nach dem von Justizrat Wandel (Direktor der Firma Krupp) vorgetragenen Bericht über die zehnjährige Wirksamkeit des Verbandes umfaßt dieser 3500 Kassen mit rund 3 Millionen Versicherten. Geschäftsführer Heinemann (Essen) besprach das Verhältnis der Ärzte und Apotheker zu den Krankenkassen. Das „Berliner Abkommen" gewährleiste bei richtiger Durchführung eine angemessene Regelung der ärztlichen Versorgung. Die Ärzte müßten jedoch mehr als bisher nach voller Verwirklichung des Abkommens streben. Auch die mit dem Deutschen Apothekerverein getroffenen Vereinbarungen werden noch lückenhaft durchgeführt. Hier sei ebenfalls ein Kampf unvermeidlich, wenn keine Besserung eintrete. Bei dieser Frage wurde bedauert, daß die Behörden von den ihnen in der Reichsversicherungsordnung gegebenen Vollmachten (Festsetzung von Preisnachlässen usw.) nicht entsprechenden Gebrauch gemacht hätten. Zu den neueren Bestrebungen auf weitergehende Zentralisation der Krankenversicherung sprach Dr. Halbach (Essen). Er hält die Betriebskrankenkassen für die beste Form der Krankenversicherung, namentlich für Fabrikbetriebe; sie hätten sich auch als besonders leistungsfähig erwiesen und seien deshalb aufrechtzuerhalten. Eine Entschließung in diesem Sinne wurde angenommen. Der weitere Teil der Tagung galt der Krankheitsverhütung und der Gesundheitspflege. Hierüber wurden von hervorragenden Persönlichkeiten Vorträge gehalten, so von Professor Kayserling über die Fürsorge für Lungenkranke, Dr. Flaig über die Bekämpfung der Trunksucht, Dr. Cohn über die Zahnpflege, Oberarzt Dr. Rott über die Fürsorge für Wöchnerinnen, Säuglinge und Kleinkinder, Bezirksamtmann Kerschensteiner über Kriegsbeschädigtenfürsorge, Prof. Dr. Pinkus über Geschlechtskrankheiten und Dr. von Mangold über die Wohnungsfürsorge. Die hierzu angenommenen Entschließungen bringen zum Ausdruck, daß die Bestrebungen auf Erhaltung der Volksgesundheit durch die Betriebskrankenkassen lebhaft gefördert werden sollen.

Der Allgem. Verband Deutscher Landkrankenkassen tagte Ende Juni im Lehrervereinshaus zu Berlin. Den Vorsitz führte Stadtältester Freyberg (Delitzsch). Nach dem Geschäftsbericht umfaßt der Verband nach vierjährigem Bestehen 411 Landkrankenkassen mit annähernd 1¼ Millionen Mitgliedern. Als Sitz des Verbandes wird Berlin angegeben, doch werden die Geschäfte von der Landkrankenkasse Delitzsch (Stadt) geführt. Im Laufe der Verhandlungen wurden Vorträge gehalten über die Leistungen der Landkrankenkassen und über die Fürsorge für Lungenkranke. Einem Vortrage über die Ausgestaltung und Vereinheitlichung der Grundlöhne, Beiträge und Kassenleistungen bei den Landkrankenkassen folgten geschäftliche Verhandlungen. Die Landkrankenkassen leiden sehr unter der Möglichkeit der

Befreiung von Mitgliedern von der Versicherungspflicht (§§ 418, 435 RVO.). Vielen Kassen gehen auf diese Weise ein Viertel und noch mehr Mitglieder verloren. Der Verband tritt deshalb dafür ein, daß diese Befreiungsmöglichkeiten beseitigt werden.

Über die Tagungen der Unterverbände können wir wegen Raummangels nicht berichten. Es seien nur über die bedeutungsvollsten derselben einige Hinweise gegeben. Der Verband der OKK. im Kgr. Sachsen hielt am 23. und 24. Juni seine Jahresversammlung in Dresden ab. Die Zahl der Verbandskassen stieg im letzten Jahr von 240 auf 248, die der Versicherten von 851 080 auf 878 401. Es wurde berichtet über ein Abkommen mit den staatlichen Frauenkliniken in Dresden und Chemnitz und ein solches mit den Landesanstalten für Geisteskranke. Den Dentisten, die eine Erhöhung des Preises für Plomben wünschen, wurde Entgegenkommen zugesagt. Zur Frage der Gewährung von Teuerungszulagen an die Kassenangestellten wurde im allgemeinen empfohlen, sich dem Vorgehen von Staat und Gemeinden anzuschließen. — Der Verband der OKK. Thüringens hielt seinen Verbandstag am 23. und 24. Juni in Weimar ab. Anwesend waren 177 Vertreter von 74 mit 270 000 Mitgliedern. Nur 21 thüringische OKK. sind dem Verband noch nicht angeschlossen. Es wurde berichtet von Schritten zur Erhöhung der Rabattsätze in den Apotheken, Aufbesserung der Entschädigungen von der Landesversicherungsanstalt für die Besorgung der Geschäfte der Invalidenversicherung. Weiter beschäftigte sich die Tagung mit der sozialen Kriegsinvalidenfürsorge, dem bargeldlosen Zahlungsverkehr, den Teuerungszulagen für die Kassenangestellten usw. — Die Vereinigung rheinischer Krankenkassen tagte zu gleicher Zeit in Köln. Ihr gehören 73 Kassen mit über 480 000 Mitgliedern an. Über die Arztfrage sprach Gräf-Frankfurt a. M., über die Mitwirkung der Krankenkassen bei der Kleinwohnungsfürsorge Landesrat Dr. Mewes-Düsseldorf. — Der Ortskrankenkassenverband für Hessen-Nassau tagte am 16. Juni. Er beschäftigte sich mit der Wohnungsfrage und den Beziehungen der Krankenkassen zur Landesversicherung. — Der Provinzialverband westpreußischer OKK. tagte am 12. Mai in Danzig. Neben geschäftlichen Fragen wurde die Mitwirkung der Krankenkassen bei der Bekämpfung der Tuberkulose besprochen. Weiter sprach man sich für Aufhebung des Notgesetzes vom 4. August 1914 betr. die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen und dafür aus, daß die Landesversicherungsanstalten in Heilverfahrensfällen einen Krankengelderſatzanspruch nicht haben sollen. — Der Provinzialverband schlesischer OKK. hielt am 7. Juli in Breslau seine ordentliche Mitgliederversammlung ab. Die Arzt- und Apothekerfrage, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Erhöhung der Grundlöhne usw. bildeten die Hauptberatungspunkte. Der Verband der OKK. der Provinz Schleswig-Holstein hielt seine 14. Mitgliederversammlung am 21. Juni in Neumünster ab. Dem Verbande sind 55 Kassen mit 184 000 Mitgliedern angeschlossen. Verhandelt wurde hauptsächlich über die Arztfrage. — In der Provinz Posen wurde am 14. Juli ein Provinzialverband der OKK. gegründet. Weiter wurde über die Arzt- und Apothekerfrage verhandelt und beschlossen, mit den Apothekern Vereinbarungen über günstigere Bezugsbedingungen zu treffen. — Der Verband der OKK. im Bezirk der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt tagte Mitte Juli in Quedlinburg. Verhandelt wurde über die Arztfrage, das Fürsorgewesen und über Verwaltungsfragen. Die beantragte Anstellung eines Verbandssekretärs wurde verschoben.

Von den dem Gesamtverbande Deutscher Krankenkassen angehörenden Unterverbänden tagte der Provinzialverband Rheinprovinz Deutscher Krankenkassen am 29. und 30. Juni in Aachen. Anwesend waren 212 Kassenvertreter. Es wurde verhandelt über die Fortsetzung der Kriegswochenhilfe in der Friedenszeit, praktische Verwaltungsfragen, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen usw. — Der Verband schlesischer Krankenkassen tagte am 30. Juni in Breslau. Man beschäftigte sich mit der Arzt- und Apothekerfrage und Verwaltungsfragen. — Von den Unterverbänden der Landkrankenkassen tagte der Mecklenburgische in Güstrow. Es wurde über die Verwaltung der Kassen und die Arztfrage gesprochen. — Der Verband rheinisch-westfälischer Betriebskrankenkassen hielt am 4. Mai in Düsseldorf eine Hauptversammlung ab. Man sprach hauptsächlich über das Fürsorgewesen. — Ein Teil von Verbänden hat bis zur Abfassung dieser Übersicht eine Zusammenkunft noch nicht abgehalten.

Bestrebungen des deutschen Ärztevereinsbundes.

Der Bund hielt am 23. und 24. Juni eine außerordentliche Tagung in Eisenach ab, der eine Tagung des Leipziger Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen vorausging. Nach dem einleitenden Berichte des Vorsitzenden des Vereinsbundes, Sanitätsrats Dr. Dippe (Leipzig) sind in den letzten vier Jahren 3300 deutsche Ärzte gestorben, davon sind 1200 Verwundungen, Krankheit oder Überanstrengung im Felde erlegen. Die deutschen Ärzte erblicken nach wie vor, und nun erst recht, ihre Hauptaufgabe in der Mitarbeit am Wiederaufbau der Volkskraft; um dieser Mitarbeit Erfolg zu sichern, müsse sie richtig geleitet werden, und es dürften die berechtigten Interessen der Ärzte nicht mißachtet werden. Die Überleitung der Ärzteschaft aus dem Krieg in den Frieden besprach Dr. Hartmann (Leipzig), der Vorsitzende des Leipziger Verbandes. Er wies zunächst die verletzende Darstellung der Krankenkassenpresse über das Leben der Feldärzte zurück und besprach dann die schweren Schädigungen der Ärzte durch den Krieg. Die Ärztevereine hätten es an Anstrengungen nicht fehlen lassen, den Kollegen und ihren Angehörigen durch kräftige Selbsthilfe beizustehen. Es wurden über sieben Millionen Mark gesammelt.

Dr. Sardemann (Marburg) berichtete über die Kriegsschädigungen ärztlichen Wissens und Könnens infolge der zahlreichen Notapprobierungen. Naturgemäß ist die ärztliche Tätigkeit im Felde zunächst eine recht einseitige. Wichtig ist auch die Ausbildung in der Sozialgesetzgebung, die durch Kurse gefördert werden soll.

Es wurde eine Entschließung angenommen, wonach bei der Demobilmachung auf die verheirateten und auf die älteren Ärzte besondere Rücksicht genommen werden soll. Den heimkehrenden Ärzten sollen militärische Stellen im Heimatsort zur Verfügung gestellt werden. Sie sollen bei der Besetzung von Assistentenstellen bevorzugt werden. Außerdem soll für die wissenschaftliche und praktische Aus- und Fortbildung gesorgt werden. Den Ärzten sollen aus den aufzulösenden Lazaretten Instrumente, den Landärzten auch Pferde und Autos zu billigen Preisen zur Verfügung gestellt werden. Ferner sollen Studium und Niederlassung ausländischer Ärzte beschränkt werden.

Sanitätsrat Dr. Streffer (Leipzig) berichtete über die Bestrebungen, die Grenze der Krankenversicherungspflicht von 2500 M Jahresarbeitsverdienst auf 4000 oder 5000 M zu erhöhen und die Einkommensgrenze für die Versicherungsberechtigung überhaupt zu beseitigen. Er hob hervor, daß, wenn die Anträge angenommen würden, für die freie Praxis fast nichts übrig bleibe. Denn über 5000 M Einkommen hätten in Preußen im Jahre 1916 nur 359 418 Personen versteuert.*) Wenn jede Versicherungsgrenze aufgehoben wird, so führe das zu einem Mißbrauch der Arbeitskraft der Ärzte, wenn sie Kommerzienräte für Kassenhonorare behandeln sollen. Da aber anzunehmen sei, daß diese Kriegsmaßregel zu einer dauernden werden würde, so sei grundsätzlich eine bessere Entlohnung notwendig, wenn wieder neue Gruppen der Versicherungspflicht zugeführt würden. Das hätten die Abgeordneten Thoma (ntlb) und Hoch (Soz.) 1911 bei Erhöhung der Versicherungsgrenze für die Krankenkassenmitglieder mit höherem Einkommen anerkannt. Aber die Durchführung dieser Staffelung sei auf große Schwierigkeiten gestoßen. Deshalb sei eine allgemeine erhebliche Erhöhung der Ärztehonorare zu fordern, da die bisherigen eine Daseinsmöglichkeit nicht erlauben. Nur durch verständnisvolles Zusammenarbeiten beider Gruppen seien die hohen Ziele der sozialen Gesetzgebung zu erreichen: in erster Linie die Einführung der Familienversicherung, gegen die sich die Ärzteschaft nicht sträube, sondern die sie freudig begrüße, wenn alle dazu bereiten Ärzte zur Behandlung zugelassen würden. Aber die Gesetzgebung wolle noch weitergehen und zunächst den Anwaltsstand in die soziale Fürsorge einbeziehen. Wenn so die Volksversicherung komme, dann muß den Ärzten gegeben werden, was ihnen gebühre.

Es wurde folgende Entschließung angenommen: „Der außerordentliche Deutsche Ärztetag vom 23. Juni 1918 hält eine Erhöhung der Grenzen für die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung (§§ 165, 314 RVO.) oder gar eine völlig unbegrenzte Versicherungsberechtigung, wie sie durch die im Reichstag eingebrachten Anträge beabsichtigt wird, nicht für notwendig und im Rahmen der jetzigen kassenärztlichen Verträge für unvereinbar mit den ideellen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen des ärztlichen Standes und erhebt deshalb entschiedenen Widerspruch dagegen. Findet trotzdem gegen die gewissenhafte Überzeugung der deutschen Ärzteschaft eine Erweiterung des Kreises der Versicherten statt, und wird damit die freie ärztliche Berufstätigkeit weiter eingeschnürt, dann muß die freie Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit für alle dazu bereiten deutschen Ärzte gesetzlich festgelegt und die kassenärztliche Entschädigung auf eine völlig neue Grundlage gestellt werden. Unter diesen Voraussetzungen erklärt sich der Ärztetag damit einverstanden, daß die jetzt schon vielfach gewährte Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten (§ 205 RVO.) zur Erhaltung und Stärkung der Volkszahl und Volkskraft unter die Regelleistungen der Krankenkassen aufgenommen wird."

Ferner wurde beschlossen: „Der Geschäftsausschuß wird beauftragt, eine Normaltaxe aufzustellen, welche die Mindestgrenze der Sätze darstellt, die von den Kassen zu zahlen sind. Die Regierungen der Einzelstaaten sollen um Erhöhung der völlig unzulänglichen Sätze der Gebührenordnungen oder um Aufhebung der Bestimmungen gebeten werden, daß die Krankenkassen auf die Mindestsätze Anspruch haben."

Zum Abkommen zwischen der Reichsversicherungsanstalt und den Krankenkassen

über Heilverfahren (ArbVers. 1917 S. 643) sind, soweit es sich um Zahnersatz handelt, folgende Erläuterungen festgestellt worden:

Zweck der Vereinbarung war, den Versicherten die Beschaffung von Zahnersatz möglichst zu erleichtern und die Verwaltungsarbeiten für die beteiligten Versicherungsträger auf ein Mindestmaß zu beschränken. Daher entschloß sich das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt, bei Krankenversicherten seine Mitwirkung auf die Erstattung der anteiligen Kosten zu beschränken. Die Krankenkassen dagegen übernahmen die gesamte Verwaltungsarbeit. Die Krankenkassen gehen aber häufig davon aus, daß sie nur dann nach den Vereinbarungen verfahren sollen, wenn sie selbst an den Kosten des Zahnersatzes beteiligt sind, während teilweise bei örtlichen Vertrauensmännern der Angestelltenversicherung die Auffassung erweckt worden war, als ob sämtliche Krankenkassen durch die Vereinbarungen verpflichtet seien, Zahnersatz zu gewähren.

Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt ist ebenso wie die beteiligten Krankenkassenverbände nicht der Meinung, daß die einzelne Kasse durch diese Vereinbarungen zu Leistungen verpflichtet werden sollte oder konnte, die sie nach Gesetz oder Satzung nicht leisten darf oder kann. Die Gewährung von Zahnersatz beschränkt sich bei den Krankenkassen in der Regel auf die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten, weil der Zahnersatz zumeist zu den größeren Heilmitteln zu rechnen sein wird. Zu den kleineren Heilmitteln könnte er nur dann gezählt werden, wenn die gesamten Kosten den für kleine Heilmittel in der Satzung festgesetzten Höchstbetrag nicht übersteigen. Sind die Kosten aber höher, so kann die Kasse einen Zuschuß bis zu der in der Satzung festgesetzten Grenze für größere Heilmittel gewähren. Die Gewährung dieses Zuschusses ist jedoch in das pflichtmäßige Ermessen des Kassenvorstandes gestellt. Einen klagbaren Anspruch auf diese Leistung besitzt der Versicherte nicht. Außerdem ist Voraussetzung, daß die Satzung einen solchen Zuschuß für größere Heilmittel vorsieht. Das ist bei einem Teile der Kassen nicht der Fall, bei anderen Kassen wieder ist diese Mehrleistung infolge des Notgesetzes vom 4. August 1914 aufgehoben worden. Auch diese Kassen können daher den Zuschuß nicht gewähren.

Erwünscht ist es jedoch, wenn alle Krankenkassen ohne Rücksicht darauf, ob sie selbst einen Zuschuß leisten oder nicht, die Anträge der Versicherten auf Beschaffung von Zahnersatz entgegennehmen und bearbeiten. Die dadurch den Kassen entstehende Verwaltungsarbeit ist nicht sehr bedeutend. Sie kann vereinfacht werden, wenn die vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen nach Verständigung mit dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt herausgegebenen Vordrucke benutzt werden.

---

*) Wenn Dr. Streffer diese Zahlenangabe in diesem Zusammenhange vorgebracht hat, so kann ihm mindestens der Vorwurf grober Fahrlässigkeit nicht erspart werden. Denn die Angabe kann doch nur dahin verstanden werden, daß bei Annahme jener Anträge nur 359 418 Personen nicht gegen Krankheit versichert seien und nur für die freie Praxis der Ärzte übrig bleiben würden, — während die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung bekanntlich noch von anderen Voraussetzungen als vom Einkommen abhängen.

Nach den Vereinbarungen stellt die Kasse die Zugehörigkeit des Antragstellers zum Versichertenkreis der Reichsversicherungsanstalt fest. Einer jedesmaligen Anfrage bei der Reichsversicherungsanstalt, ob sie einen Zuschuß leisten will, bedarf es nicht. Der Zuschuß wird in jedem Falle von der Reichsversicherungsanstalt geleistet, wo es sich um ein der Angestelltenversicherung unterliegendes Kassenmitglied handelt. Leistet die Kasse keinen Zuschuß, so übernimmt das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt trotzdem ein Drittel der entstehenden Kosten. Unterliegt das Kassenmitglied der Invalidenversicherung, so ist zu versuchen, auch von der Landesversicherungsanstalt einen Zuschuß zu erlangen. Bedauerlicherweise verhalten sich die Landesversicherungsanstalten bei Beteiligung der Reichsversicherungsanstalt meist ablehnend, insbesondere überlassen sie den Krankenkassen nicht die Bearbeitung der Anträge, sondern entscheiden selbst. In solchen Fällen kann daher die Krankenkasse, falls der Versicherte auf eine Beteiligung der Invalidenversicherung angewiesen ist, den Antrag lediglich an die Landesversicherungsanstalt weitergeben. Ob dann die Angestelltenversicherung einen Zuschuß leistet, muß den Verhandlungen des Versicherten mit dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt überlassen bleiben. Die Krankenkasse kann also in einem solchen Falle nichts tun, als den Antrag weitergeben.

Kommt eine Beteiligung der Landesversicherungsanstalt nicht in Frage und die Krankenkasse kann einen Zuschuß ebenfalls nicht leisten, so muß der Rest der Kosten von dem Versicherten selbst getragen werden. In solchen Fällen muß es dem Ermessen der Kasse überlassen bleiben, ob sie von der Reichsversicherungsanstalt deren Kostenanteil einziehen und an den Zahnarzt oder Zahntechniker abführen will, oder ob sie das ebenfalls dem Versicherten überlassen soll.

In den Fällen, in denen die Krankenkasse einen Zuschuß leistet, wäre darauf Bedacht zu nehmen, daß der Zuschuß ein Drittel der Kosten beträgt. Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt leistet dann ebenfalls einen Zuschuß in Höhe eines Drittels der Kosten, während der Rest vom Versicherten gedeckt werden müßte.

Die Abrechnung mit der Reichsversicherungsanstalt soll vierteljährlich erfolgen. Dabei sind die Personalien der Mitglieder, deren Arbeitgeber, die Gesamtkosten und die einzelnen Zuschüsse auf der Abrechnung zu vermerken.

Einer vorherigen Anfrage bei der Reichsversicherungsanstalt bedarf es nur dann, wenn das Bestehen des Angestelltenversicherungsverhältnisses zweifelhaft ist, oder wenn die Reichsversicherungsanstalt mehr als ein Drittel übernehmen soll.

Von „niedrigeren Arbeiten“

handelt der Aufsatz eines Paul Ernst im Abendblatt der Vossischen Zeitung vom 16. Juli 1918. Er beginnt so:

„In dem Fragebogen eines Reichsversicherungsamtes, der für ein als sogenannte Stütze verwendetes junges Mädchen ausgefüllt werden sollte, befand sich die Frage: „Müssen Sie selbst niedere Arbeiten ausführen, die gewöhnlich zu der Verrichtung von Dienstboten gehören (Kochen, Scheuern, Reinmachen, Aufräumen, Staubwischen, Nähen, Plätten, Ausbessern, Flicken, Kohlen holen, Waschen, Abwaschen und dergleichen)? Ist die Summe der niederen Tätigkeiten gegenüber den anordnenden nach Umfang und Bedeutung überwiegend?“

Die sogenannten Stützen pflegen in bürgerlichen Haushalten verwendet zu werden, auf welche ja denn auch die Aufzählung der „niederen Arbeiten“ paßt. Die anordnende Tätigkeit in einem solchen Haushalt ist, wie gewiß niemand leugnen wird, sehr gering; sie beschränkt sich darauf, daß die Hausfrau erklärt, morgen soll es Erbsen geben und nächste Woche soll mit dem großen Reinmachen angefangen werden. Eine Frau, welche in einem bürgerlichen Haushalt die eben so genannten niedrigen Arbeiten nicht verrichtet und nur „anordnet“, geht müßig.

Der Fragebogen ist von irgendeinem Geheimrat in Berlin ausgearbeitet; er stellt die Anschauungen über die weibliche Tätigkeit dar, welche in den Kreisen der höheren Beamten in Berlin vor dem Kriege herrschten. Gott sei Dank waren das nicht die Anschauungen des ganzen Volkes, auch nicht die Anschauungen des Standes, dem die Berliner Beamten angehören; denn auf dem Lande, und vorzüglich in Süddeutschland, herrscht bei den Frauen doch wohl immer noch die ehrenwerte Vorstellung, daß, wer nicht arbeitet, auch nicht essen soll. Gott sei Dank werden wir nach dem Kriege wieder arm genug sein, um über die Pflichten des Menschen vernünftige Ansichten zu haben. Aber jedenfalls ist die Frage des Bogens bezeichnend genug für den sittlichen Zustand, in welchem Kreise unseres Volkes, welche führend sind und welche führend sein sollen, sich vor dem Krieg befunden haben. Diesem Zustand entspricht durchaus das, was derselbe Herr, der den Fragebogen verfaßt hat, vermutlich die „Begehrlichkeit der Massen“ nennt.

Vielleicht noch schlimmer als die Tatsache des Müßigganges der Frauen ist der Umstand, daß den Pflichten der Frauen die Bezeichnung „niedere Arbeiten“ angehängt wird. . .“

In diesem Tone geht die wegen ihres Inhalts und ihrer Form gleichermaßen Mitleid erregende Faselei weiter. An einer Stelle heißt es: die Frau des Amtsdieners wisse, „daß die Frau des Geheimrats dumme Romane liest, einfältige Theaterstücke ansieht, zwecklose Pinseleien verfertigt und überflüssige Gesellschaften besucht. . . . Die Frau Geheimrätin arbeitet nichts, weil sie nicht zu arbeiten braucht, und wenn ich ebensoviel Geld hätte wie sie, dann brauchte ich auch nicht zu arbeiten. . . Wenn ihr (der Frau des Amtsdieners) dann aber noch klar wird, daß diese Geheimratsfrau, welche nicht arbeitet, weil sie Geld hat, die Hausfrauentätigkeit noch dazu als eine niedrigere betrachtet, dann müßte doch die Dienerfrau ein Engel sein, wenn zu dem Neid nicht noch andere Gefühle kämen“. An diese aufreizenden Redewendungen schließen sich dann noch (natürlich) salbungsvolle von gleichem Glanze. Der Geist Salomos wird beschworen und das Lob gesungen der tugendsamen Hausfrau, die „isset ihr Brot nicht mit Faulheit“ usw.

Der Verfasser erbringt den Befähigungsnachweis für sozialkritische Betrachtungen gleich in der ersten Zeile, wo er von dem Fragebogen „eines“ Reichsversicherungsamts spricht und damit eine traurige Unkenntnis unserer sozialpolitischen Einrichtungen bekundet. Auf dieser Unkenntnis beruht auch die Unbefangenheit, mit der eine Unterscheidung, die im Gesetze begründet ist, dem zur Ausführung des

Gesetzes berufenen Beamten zur Last gelegt und zum Anlaß genommen wird, die Frau des Beamten und den „sittlichen Zustand" eines ganzen Volkskreises zu schelten. Der Verfasser predigt: mit den Bezeichnungen „höher" und „niedriger" sollte man überhaupt sehr vorsichtig sein, und man sollte nie selber seine eigene Tätigkeit als die höhere hinstellen usw. Er ahnt nicht, daß es die sozialen Versicherungsgesetze sind, die von Angestellten in „gehobener" oder „höherer" Stellung und gelegentlich auch ausdrücklich auch von „niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen" sprechen, und daß weder die Gesetze noch die Beamten durch die hiernach gebotene Unterscheidung den mit niederen Diensten Beschäftigten einen Makel anheften wollen, sondern daß von dieser Unterscheidung je nach Umständen nur die Frage der Versicherungsbedürftigkeit, der Versicherungspflicht, oder die Art der Versicherung abhängt, nicht nur bei den in Betrieben, sondern auch bei den im Haushalt beschäftigten Personen. Im Sinne des Reichsversicherungsrechts ist ganz gewiß die gewissenhafte Leistung „niederer" Dienstbotenarbeit keine Schande — wie umgekehrt die Betätigung in der „gehobenen" Stellung eines Schriftstellers keine Ehre ist, wenn sie von Unkenntnis, Leichtfertigkeit und Überhebung zeugt.

Man braucht diesen Paul Ernst nicht so zu nehmen, wie er heißt und wie er wohl genommen werden möchte. Aber daß der Aufsatz dieses Ahnungslosen in einer angesehenen Zeitung seinen Platz finden konnte, ist erstaunlich und bedenklich. Freilich hat man ihm einen Platz im untersten Stockwerk — unter dem Strich — angewiesen und vielleicht dadurch andeuten wollen, daß es sich um eine „niedere" Arbeit handelt. Uns genügt es, diese niedere Arbeit hiermit noch niedriger gehängt zu haben.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Beguta tung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Krankenhauskosten bei verzögerter Abholung des Versicherten aus dem Krankenhause.

1. Nach Op. Frage: Ein unverheirateter Kutscher erkrankte und wurde auf Anraten des Kassenarztes im Krankenhaus untergebracht. Auf eine Anfrage der Krankenkasse teilte das Krankenhaus mit, daß eine Besserung durch die Krankenhauspflege nicht zu erwarten steht. Da eine Entlassung des Kranken aus dem Krankenhaus ohne weiteres wegen der Art der Krankheit nicht erfolgen konnte, der Kranke vielmehr abgeholt werden mußte, wurde der Gemeindevorstand des früheren Wohnortes des Kranken ersucht, für die Abholung Sorge zu tragen, da die Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhauspflege an dauernd arbeitsunfähige Personen gesetzlich nicht verpflichtet ist. Diesem Ersuchen hat aber der Gemeindevorstand nicht Folge geleistet, so daß die Krankenkasse die Krankenhauspflegekosten bis zum Tode des Kranken bezahlen mußte. Hat nun die Kasse einen Anspruch auf Erstattung der Krankenhauspflegekosten vom Tage des Ersuchens um Abholung an die Gemeinde oder den Armenverband, und auf welche Gesetzesbestimmung stützt sich dieser Anspruch?

Antwort: Wir verneinen einen solchen Anspruch. Richtig ist, daß die Kasse an sich nicht verpflichtet ist, Krankenhauspflege zu gewähren. Man muß ihr auch das Recht zugestehen, diese abzubrechen, wenn sie keinen Erfolg verspricht. Sie muß dann aber die im übrigen noch erforderliche Krankenhilfe gewähren und ihrerseits auch alles tun, um sie zu ermöglichen. Wollte sie also die Krankenhilfe, nachdem sie die Aufnahme des Kranken ins Krankenhaus veranlaßt hatte, außerhalb dessen weitergewähren, so war es ihre Sache, für die Abholung des Kranken Sorge zu tragen; der Gemeindevorstand des früheren Wohnorts des Kranken war hierzu nicht verpflichtet. Folglich fallen auch die Kosten der verlängerten Krankenhauspflege lediglich der Kasse selbst zur Last.

Gleichzeitige Mitgliedschaft bei Pflichtkasse und Ersatzkasse.

2. Nach Guhrau. Antwort: Versicherungspflichtige können jederzeit einer Ersatzkasse beitreten. Hierdurch scheiden sie aber nicht aus ihrer Pflichtkasse aus, können jedoch bei dieser das Ruhen ihrer Rechte und Pflichten beantragen (§ 517 RVO.). Das Ruhen tritt von selbst durch den Antrag ein, ohne daß es einer Entscheidung der Pflichtkasse bedürfte. Diese kann also seine Wirkung nicht verhindern (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2a zu § 517). Entsprechend wird jemand, der eine versicherungspflichtige Tätigkeit beginnt, hiermit Mitglied der zuständigen Pflichtkasse, auch wenn er bereits einer Ersatzkasse angehört oder ihr beitritt. Doch hat er wiederum das Recht, das Ruhen seiner Rechte und seiner Pflichten bei der Pflichtkasse zu beantragen.

Kriegswochenhilfe; Verwundung des Mannes als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit.

3. Nach Trachenberg. Antwort: Daß der Ehemann der Wöchnerin seit Juni 1917 eine versicherungspflichtige Beschäftigung nicht mehr ausübt, begründet nicht ohne weiteres die Annahme, daß er durch die im Kriege erlittene Verwundung an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindert ist. Es kommt im Sinne des § 1 Ziff. 1 der Bek. v. 3. 12. 14 darauf an, ob ihm noch ein solches Maß von Erwerbsfähigkeit verblieben ist, daß er in der Lage ist, den nötigen Unterhalt für sich und seine Familie zu beschaffen und aus Anlaß der Niederkunft seiner Frau für diese und für das Kind zu sorgen, oder ob er hierzu nicht imstande ist. Die hiernach in Frage kommende Fähigkeit ist nicht schon deshalb zu verneinen, weil er mit einer Rente von 70 v. H. aus dem Heeresdienst entlassen und dann mit einem Kapital von 2970 ℳ abgefunden ist, sondern es kommt immer auf die besonderen Um-

stände des einzelnen Falles an (zu vgl. einerseits ArbVers. 1917 S. 758, anderseits 1917 S. 767 Ziff. 3 S. 295). Wenn im vorliegenden Falle, wie es scheint, der ehemalige Krieger mit dem ihm verbliebenen Rest seiner Arbeitsfähigkeit, auch bei Nutzbarmachung des Abfindungskapitals nicht ausreichend seinen und seiner Familie Lebensunterhalt und insbesondere den durch die Niederkunft seiner Frau veranlaßten gesteigerten Aufwand bestreiten kann, so ist — beim Vorliegen der übrigen Voraussetzungen des § 1 der Bek. v. 3. 12. 14 — der Anspruch der Frau auf Kriegswochenhilfe begründet. Denn durch seine „Verwundung" ist der Ehemann immer noch an der Wiederaufnahme einer Erwerbsfähigkeit auch dann verhindert, wenn die „Wunde" als solche längst geschlossen ist, aber doch jene Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit, auf die es ankommt, zurückgelassen hat.

Geltendmachung des Ersatzanspruchs einer Kasse gegen die Berufsgenossenschaft bei streitiger Entschädigungspflicht.

4. **Nach Hildburghausen.** Frage: Eine Krankenkasse hatte in einer Unfallrentensache auf Ersuchen der Berufsgenossenschaft dem Verletzten nach Ablauf der 13. Woche noch Krankenpflege gewährt. Sie beansprucht hierfür von der Berufsgenossenschaft Ersatz nach § 1503 RVO. Die Berufsgenossenschaft hat den Anspruch durch Bescheid nach § 1583 abgelehnt. Gegen diesen Bescheid hat die Kasse Einspruch gemäß § 1591 erhoben. Hierauf hat die Berufsgenossenschaft das Versicherungsamt um Vernehmung der Krankenkasse gemäß § 1592 ersucht. Wir meinen aber, daß die Kasse ihren Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft im Spruchverfahren nach § 1515 Abs. 2 (§§ 1771 bis 1779) geltend zu machen hat und daß die Sache nicht im Einspruchsverfahren §§ 1591 ff. d. RVO. erledigt werden kann. Ist dies richtig?

Antwort: Nein! Das Spruchverfahren aus § 1515 Abs. 2 setzt voraus, daß die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft unstreitig oder rechtskräftig festgestellt ist (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1914 S. 574; zu vgl. auch unsere Anmerkung in 1916 S. 186). Ist das nicht der Fall, so kann die Kasse nur von der Befugnis Gebrauch machen, die Feststellung der Unfallentschädigung zu betreiben (§ 1509). Da die Genossenschaft im vorliegenden Fall ihre Entschädigungspflicht nicht anerkennt, hat sie die Erhebung des Anspruchs durch die Kasse mit Recht als einen auf Feststellung der Entschädigungspflicht gerichteten Antrag behandelt, der Kasse einen förmlichen Bescheid erteilt und den hiergegen erhobenen Einspruch nicht anders behandelt, als wenn der Verletzte selbst die Feststellung betrieben hätte.

Reinigung der Kleider eines Krätzekranken als Heilmittel.

5. **Nach Werden.** Frage: Das hiesige Krankenhaus stellt der Kasse die Kosten für Desinfektion der Kleidung Krätzekranker in Rechnung. Die Kasse weigert die Zahlung dieser Kosten, da Desinfektion weder ein Heilmittel noch eine ärztliche Behandlung darstellt. Das Krankenhaus stützt sich auf § 3 der Aufnahmebedingungen, wonach „für die Behandlung eines Krätzekranken 3 *M*" zu entrichten sind. Die Behandlung besteht laut Mitteilung des Krankenhauses in der Desinfektion der Kleidung. Ist die Kasse verpflichtet die Kosten zu tragen? Das Krankenhaus stellt der Kasse anheim, den Betrag von den Versicherten wieder einzuziehen.

Antwort: Hat die Kasse den Versicherten in das Krankenhaus eingewiesen oder die Aufnahme genehmigt, ohne besondere Vereinbarungen zu treffen, so hat sie sich den allgemeinen Aufnahmebedingungen unterworfen und ist schon deshalb zur Zahlung der 3 *M* verpflichtet. Wir können aber, auch abgesehen hiervon, die Ansicht, daß die Desinfektion der Kleidung weder ein Heilmittel noch ärztliche Behandlung darstelle, nicht als richtig anerkennen. Es handelt sich hier doch nicht um eine Desinfektion zur Vorbeugung gegen Ansteckung, sondern um eine notwendige Maßnahme zur Heilung des Versicherten selbst durch Beseitigung der in den Kleidern steckenden Krankheitserreger. Das ist freilich nicht ärztliche Behandlung; aber wenn die Kasse anerkanntermaßen unter Umständen Kleidungsstücke von gewisser Art (z. B. Plattfußschuhe usw.) als Heilmittel gewähren muß, so wird man um so mehr die bloße Herstellung der Kleidung in den durch den Heilzweck gebotenen Zustand als Heilmittel ansehen müssen, dessen Kosten die Kasse nach § 182 RVO. zu tragen hat.

Inanspruchnahme eines Facharztes durch den Versicherten.

6. **Nach Th.** Antwort: An sich braucht die Kasse — von dringenden Fällen abgesehen — einen Nichtkassenarzt nicht zu bezahlen (§ 368 RVO.). Sie muß aber dem Versicherten die notwendige ärztliche Behandlung gewähren. Kann er diese von den Kassenärzten nicht erhalten, weil ihnen vielleicht die erforderlichen besonderen Fachkenntnisse fehlen, so hat er das Recht, einen Facharzt in Anspruch zu nehmen (Hahn, Handb. d. Kr.-Vers. Anm. 4c zu § 182). Die Kasse muß dann diesen bezahlen, jedoch nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte. Daß das Mitglied auch sonst schon der Kasse viel Kosten verursacht habe, ist kein Grund, die Bezahlung abzulehnen. Ein Unterschied zwischen freiwilligen und Pflichtmitgliedern ist regelmäßig dabei nicht zu machen.

Wahl der Stellvertreter der Versicherungsträger.

7. **Nach J.** Antwort: Die §§ 42 bis 45 RVO. handeln von der Wahl der Versicherungsvertreter. Wenn im Anschluß hieran § 46 vorschreibt, daß „in der gleichen Weise" Stellvertreter „nach Bedarf" bestimmt werden, so heißt das, daß auch diese gemäß §§ 42 ff. zu wählen sind. Die Wahlordnung also hat das Nähere, insbesondere auch den „Bedarf" an Stellvertretern zu bestimmen. Der § 6 VAO. hat damit nichts zu tun; dort handelt es sich nur um die Festsetzung der Reihenfolge, in der Versicherungsvertreter und ihre Stellvertreter zu gewissen Verhandlungen zuzuziehen sind; nur hierüber bestimmt der Vorsitzende des Versicherungsamts, nicht aber über die Wahlen. Nach Ziff. 7 der preuß. Wahlordnung hat jede Vorschlagsliste dreimal soviel Namen zu enthalten, als Versicherungsvertreter zu wählen sind, und nach Ziff. 26 rücken die auf derselben Liste vorgeschlagenen, noch nicht (als Versicherungsvertreter!) gewählten Bewerber in der nach Ziff. 24 Abs. 1 bestimmten Reihenfolge. In dieser Reihenfolge rücken sie da ein, wo das Bedürfnis eintritt, also je nachdem in den Spruchausschuß oder in den Beschlußausschuß. — Der letzte Punkt Ihrer Anfrage ist nicht verständlich.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1219 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. | 1. September 1918. | Heft 25

Zur Unterscheidung zwischen Heilmitteln und Mitteln des Lebensbedarfs oder ähnlichen Leistungen.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Für einen Versicherten sind auf Grund ärztlichen Zeugnisses von der städtischen Lebensmittel-Ausgabestelle folgende Zusatzlebensmittel für die Zeit vom 8. April bis 30. Mai bewilligt worden: Täglich ½ Liter Milch, wöchentlich 250 gr Fleisch und 250 gr Haferflocken. Der Arzt bezeugt: „die Zusatzlebensmittel sind von mir verschrieben als Beseitigungsmittel des infolge Krankheit eingetretenen Schwächezustandes". — Es fragt sich, ob diese Lebensmittel als „Heilmittel" von der Krankenkasse zu bezahlen sind. Die Gewährung von Krankenkost (§ 193 Abs. 2 RVO.) ist in der Satzung nicht vorhergesehen.

Heilmittel im Sinne des § 182 RVO. sind im allgemeinen die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienenden sächlichen Mittel. Von ihnen zu unterscheiden sind „hygienische" Mittel, die nicht zur Bekämpfung einer Krankheit, sondern zur Erhaltung der Gesundheit, insbesondere etwa bei bloßer Schwäche zur Kräftigung dienen. Stärkende Speisen und Getränke können unter Umständen auch unmittelbar zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges erforderlich sein; dann nimmt ihnen der Umstand, daß sie zugleich Gegenstand des Lebensbedarfs sind, nicht ohne weiteres die Eigenschaft von Heilmitteln (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 5a zu § 182 RVO. und die hiermit übereinstimmenden Gründe der Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts in ArbVers. 1916 S. 683, 684). Es wird hiernach immer auf die besonderen Umstände des einzelnen Falles ankommen und eine völlig sichere Abgrenzung der Heilmittel von den Mitteln des Lebensbedarfs nicht immer möglich, sondern ein gewisser Spielraum für ein billiges Ermessen gegeben sein. In einem vom Reichsversicherungsamt entschiedenen Falle (Entsch. 2400 Amtl. Nachr. 1917 S. 640, ArbVers. 1918 Heft 5 S. 94) hatte der Arzt ausdrücklich erklärt, daß er die Milch zu Heilzwecken verordnet habe, und die Umstände unterstützen die Auffassung des Arztes. Der Versicherte war mit einem Lungenleiden behaftet und starb bereits nach weniger als zwei Monaten, nachdem ihm die Milch verschrieben worden war. Hieraus schloß das Reichsversicherungsamt, daß die Milch nicht etwa zur Erhaltung der Gesundheit, sondern der Heilung oder wenigstens der Linderung der Krankheit oder zur Beseitigung der durch sie verursachten Arbeitsunfähigkeit zu dienen bestimmt und in diesem Sinne auch notwendig, daher als ein mit der Krankenbehandlung in unmittelbarem Zusammenhange stehendes Heilmittel im Sinne des

§ 182 RVO. von der Kasse zu gewähren war. In einem anderen Falle handelte es sich um einen Versicherten, der wegen eines Magengeschwürs und eines Nierenleidens in der Kost beschränkt und deshalb nach ärztlichem Zeugnis darauf angewiesen war, täglich 2 bis 3 Liter Milch zu genießen. Hier wurde angenommen, daß die Milch lediglich als Nahrungsmittel in Betracht kam, als Ersatz für andere Lebensmittel, deren Genuß dem Kranken nicht gestattet war und die daher durch andere geeignete Kost — Krankenkost — ersetzt werden mußten (Auskunft der „ArbVers." 1917 S. 96 Ziff. 1).

Im vorliegenden Falle ist zwar die Art der Krankheit nicht bezeichnet, gleichwohl aber eine ziemlich sichere Beurteilung möglich. Der Arzt hatte dem Versicherten gewisse Mengen Milch, Fleisch und Haferflocken, also durchweg Sachen, die an sich Lebensmittel sind, verordnet zur Beseitigung des „infolge Krankheit eingetretenen Schwächezustandes". Das legt die Auffassung nahe, daß die eigentliche Krankheit überwunden und nur noch eine Schwäche zurückgeblieben war, so daß es sich um Fürsorge für einen Genesenden handelte, welche die Kasse nicht zu gewähren braucht, wenn die Satzung solche Fürsorge nicht vorsieht (§ 187 Ziff. 2 RVO.). Aber auch wenn die Krankheit im Rechtssinne noch fortbestanden haben sollte, insbesondere etwa deshalb, weil der Versicherte wegen der Schwäche noch als arbeitsunfähig anzusehen war, so ist doch zu beachten, daß die Anordnung des Arztes ersichtlich auf nichts anderes als auf die Regelung der Ernährung, auf die Beschaffung einer ausreichenden und dem Zustande des Versicherten gemäßen Kost, also Krankenkost, abzielte, zu deren Gewährung die Kasse beim Mangel einer entsprechenden Satzungsbestimmung gleichfalls nicht verpflichtet ist (§ 193 Abs. I). Die ärztliche Behandlung erschöpft sich eben nicht in persönlicher Einwirkung des Arztes auf den Körper des Kranken und in der Verordnung von Heilmitteln, sondern sie umfaßt auch Anweisungen anderer Art, hinsichtlich der Lebensweise und des Verhaltens des Kranken, und bedingt mitunter Aufwendungen, die zwar zur „Pflege" des Kranken, aber nicht zu den Heilmitteln im Sinne des § 182 gehören. Wenn der Arzt dem Kranken empfiehlt, sich recht warm zu halten, so wird man den hierdurch bedingten Mehrverbrauch an Kohlen oder etwa ein wollenes Unterhemd nicht als von der Kasse zu bezahlende Heilmittel ansehen können; ebenso wird man, wenn der Arzt Bewegung in frischer Luft und, wegen noch bestehender Schwäche, die Benutzung eines Wagens empfiehlt, die Kosten dafür nicht der Kasse aufbürden. Ähnlich aber liegt die Sache, wenn der Arzt die Ernährung, für die zu sorgen doch nicht Sache der Kasse ist, in bestimmte Bahnen lenkt. Vor dem Kriege würde es ausgereicht haben, wenn der Arzt dem Versicherten empfohlen hätte, daß und wie er sich zweckmäßig pflegen und insbesondere nähren solle, um wieder zu Kräften zu kommen; und niemandem würde es eingefallen sein, die geringen Mengen alltäglicher Nahrungsmittel, die der Arzt im vorliegenden Falle empfohlen hatte, als „Heilmittel" anzusehen, deren Kosten die Krankenkasse zu übernehmen hätte. Daß gegenwärtig zur Erlangung dieser Nährmittel, soweit sie über die uns allen zugemessene karge Menge hinausgehen, eine Verordnung oder ein Zeugnis des Arztes notwendig ist, kann die Beurteilung nicht ändern. Der Arzt bezeugt nichts anderes, als daß das Mindestmaß von Nahrung, mit dem sich unter den Kriegsverhältnissen die Gesunden abfinden müssen, für den Kranken oder Genesenden nicht ausreicht, daß ihm deshalb gewisse Mengen von „Zusatzlebensmitteln" bewilligt werden müssen. Hierdurch werden aber diese „Lebensmittel" nicht zu Heilmitteln gestempelt.

Die Grenze zwischen eigentlichen Heilmitteln im Sinne des § 182 RVO. einerseits und Aufwendungen zur Pflege, insbesondere bei Genesenden, oder Krankenkost und ähnlichen Leistungen für den allgemeinen

Lebensbedarf anderseits wird oft unsicher und flüssig sein, so daß die Kassenverwaltungen in vielen Fällen die Möglichkeit haben werden, ein billiges, pflichtmäßiges und doch nicht engherziges Ermessen walten zu lassen; aber rechtsgrundsätzlich wird an der erörterten Unterscheidung festzuhalten sein, wenn nicht die Finanzgebarung der Kassen, zumal unter den Kriegsverhältnissen, auf eine schiefe Ebene geraten soll. Von der Milch, dem Fleisch und den Haferflocken in dem eingangs erwähnten Falle zu den Kohlen, der wollenen Unterkleidung, dem Wagen zur Ausfahrt ist nur ein Schritt. Wollten die Kassen ihn tun, unbekümmert um die im Gesetz begründeten Grenzen ihrer Leistungspflicht und ihrer Leistungsbefugnis (§ 363), so müßten sie sich auch darauf gefaßt machen, daß ein Versicherter, dem der Arzt, zur Ablenkung von krankhaften Vorstellungen, Theaterbesuch oder geeigneten Lesestoff „verordnet" hat, die Kosten dafür aus den Mitteln der Kasse beansprucht.

Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung.

Von Städt. Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

(Schluß.)

G. Unfallversicherung.

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Fischer: „Die Teuerungszulagen der Unfallrentner" 1918 S. 201, 373; Jaeger: „Zweifelsfragen bei der Ausführung der Verordnung vom 17. Januar 1918 über die Gewährung von Zulagen zu den Verletztenrenten der Unfallversicherung" 1917 S. 221, 264.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-versicherung:** Ostern: Einige Fragen aus der Verordnung über die Unfallrentenzulagen" 1918 Sp. 182; Rabeling: „Die Bundesratsverordnung über die verstärkte Heranziehung kriegswichtiger Betriebe und über Beitragsvorschüsse zur Unfallversicherung" 1918 Sp. 117; —: „Die Bundesratsverordnung über die Erleichterung des Erlasses berufsgenossenschaftlicher Unfallverhütungsvorschriften" 1918 Sp. 180; Würmeling: „Die Kriegsverordnung über die Unfallversicherung feindlicher Ausländer vom 30. März 1917" 1917 Sp. 387; —: „Fürsorge für Kriegsgefangene" 1917 Sp. 685.

c) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** F. St. S.: „Zur Frage der Verjährung im Hinblick auf den Schutz der Kriegsteilnehmer" 1918 Sp. 143.

d) **Der Versicherungsbote:** Eckert: Die wirtschaftliche Sicherstellung der Hinterbliebenen kriegsbeschädigter Unfallversicherter" 1917 S. 181.

e) **Die Berufsgenossenschaft:** Brandis: Kriegsbeschädigtenfürsorge und Unfallversicherung" 1917 S. 33; Heßbrügge: „Wie ist die Lohnermittlung aufzustellen, wenn ein Verletzter das letzte Jahr vor seinem Unfall durch Krankheit, militärische Dienstleistung, insbesondere durch Einberufung zum Heeresdienst usw. hat unterbrechen müssen?" 1917 S. 72; Reißer: „Was ist unter dem für die Überlassung der Kriegsgefangenen zu entrichtenden Entgelt i. S. von § 3 des Gesetzes über die Fürsorge für Kriegsgefangene vom 15. August 1917 zu verstehen?" 1917 S. 180; —: „Zweifelsfragen bei der Ausführung der Verordnung vom 17. Januar 1918 über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung" 1918 S. 33; Ostern: „Kriegszuschläge in der Unfallversicherung" 1918 S. 17.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Die Bescheide und Entscheidungen auf dem Gebiete der Unfallversicherung behandeln in der Hauptsache die Fragen der Versicherungspflicht und des Vorliegens eines Betriebsunfalles.

Infolge des Hilfsdienstgesetzes erstreckt sich die Versicherungspflicht nunmehr auf alle Personen, die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigt sind, ohne Rücksicht darauf, ob sie hilfsdienstpflichtig sind oder nicht, sofern nur ihre Zahl das Bedürfnis nicht übersteigt (Bescheid des RVA. vom 24. März 1917 in ArbVers. 1917 S. 445). Nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 624) unterliegen die für Kriegsdauer eingerichteten Lebensmittelverkaufsstellen der Städte der Unfallversicherung, wenn in ihnen auf die Behandlung und Handhabung der Ware 300 volle Arbeits-

tage aufgewendet werden. Personen des Soldatenstandes, die in ihrer freien Zeit außerhalb ihres dienstlichen Wirkungskreises in einem nach der RVO. versicherungspflichtigen unfallbringenden Betrieb tätig sind, unterliegen während dieser Tätigkeit der Unfallversicherung, auch wenn sie ohne Erlaubnis der Militärbehörde die Beschäftigung in dem unfallbringenden Betrieb aufgenommen haben; diesen Grundsatz hat das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 2. November 1917 (ArbVers. 1918 S. 297) aufgestellt, da das Mannschaftsversorgungsgesetz mangels einer Abkommandierung dieser Soldaten zur Beschäftigung im Privatbetrieb eine Anwendung nicht findet. Nicht unterliegt dagegen der Versicherung ein früher selbständiger Bäckermeister, der während des Krieges in der Bäckerei seines zum Heeresdienst einberufenen Geschäftsnachfolgers Aushilfsdienste leistet (Entsch. des RVA. vom 15. November 1917 in „Berufsgenossenschaft" 1918 S. 29; A. A. Entsch. des RVA. vom 11. Januar 1918 in „Berufsgenossenschaft" 1918 S. 81).

Kriegsgefangene unterliegen der Unfallversicherung nicht und sind ihnen auch durch das Gesetz über Fürsorge für Kriegsgefangene vom 15. August 1917 (RGBl. S. 725; ArbVers. 1917 S. 654) nicht unterstellt worden (Bescheid des RVA. vom 13. September 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 573; ArbVers. 1917 S. 761). Dies Gesetz schreibt lediglich vor, daß der für die Überlassung der Kriegsgefangenen vom Unternehmer zu entrichtende Entgelt von der Berufsgenossenschaft bei der Prämien- und Beitragsberechnung zu berücksichtigen ist. Als „Entgelt" in diesem Sinne, der für die Zeit seit dem 1. Januar 1917 nachzuweisen ist, gilt nach einem weiteren Bescheid des RVA. vom 1. November 1917 die zwischen der Heeresverwaltung und dem Unternehmer für die Überlassung der Kriegsgefangenen vereinbarte Vergütung. Zu den Kriegsgefangenen zählen nicht die im Lager Görlitz befindlichen Griechen; sie sind frei und bei von ihnen übernommenen entgeltlichen Beschäftigungen, wie ein Bescheid des RVA. vom 20. Februar 1918 („Berufsgenossenschaft" 1918 S. 57) darlegt, versicherungspflichtig. Feindliche Ausländer, die an der Rückkehr in die Heimat durch Erlasse der zuständigen Behörden behindert und in der Wahl ihres Aufenthaltsortes und ihrer Arbeitsstelle beschränkt sind, unterliegen für die Zeit vom Ausbruch des Kriegszustandes zwischen ihrem Heimatstaat und dem Deutschen Reich bis zum 1. Januar 1917, d. i. dem Tage des Inkrafttretens der Bekanntmachung vom 30. März 1917 über Unfallversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten (RGBl. S. 301; ArbVers. 1917 S. 280) nicht der Unfallversicherung (Entsch. des Bayer. LVA. vom 11. Juli 1917 in „Mitteilungen des Bayer. LVA." 1917 S. 156).

Schwierigkeiten entstanden über die Zugehörigkeit der im Dienste der Kaiserlichen Marine verwendeten Privatdampfer zur Seeberufsgenossenschaft oder zum Reichsmilitärfiskus. Eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 17. Oktober 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 623; ArbVers. 1918 S. 51) erklärt die sog. Beischiffe der Kaiserl. Marine als zur Seeberufsgenossenschaft versichert und zwar auch dann, wenn sie den Gefahren des Krieges ausgesetzt sind, sofern sie nur dem Chartervertrag entsprechend verwendet werden. Anderseits erfolgt nach einer Entscheidung des RVA. vom 9. Mai 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 489, ArbVers. 1917 S. 570) bei einem Privatdampfer, der, ohne vertraglich hierzu verpflichtet zu sein, auf Befehl einer Marinestelle einem Schiffskommandanten zugeteilt und damit dem Kommando der Marine unterstellt wird, der Übertritt in den Betrieb der Marineverwaltung, so daß für Unfälle der Reichsmilitärfiskus aufzukommen hat.

Ob ein Betriebsunfall gegeben ist, war verschiedentlich mit Rücksicht auf die zahlreichen Fliegerangriffe auf deutsche Städte Gegenstand der Prüfung

durch die rechtsprechenden Instanzen. Das RVA. steht (Entsch. vom 9. Januar und 12. Mai 1917 in ArbVers. 1917 S. 548; 1918 S. 32) auf dem Standpunkt, daß der allgemeine Gefahrenkreis einer Stadt für Fliegerangriffe keinen Anlaß biete, in unfallversicherungspflichtigen Betrieben beschäftigte Personen bei einem durch Fliegerangriffe verursachten körperlichen Schaden zu entschädigen; erst wenn die Eigenart des Betriebes noch eine besondere Gefahr hervorruft, z. B. weil es sich um einen großen Munitionsbetrieb, ein Objekt von hoher militärischer Bedeutung usw. handelt, kommt die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft in Frage (vgl. Entsch. des Oberversicherungsamts Metz vom 21. März 1917 in ArbVers. 1918 S. 173).

Für die Rentenansprüche und für die Frage der Entschädigungspflicht der Versicherungsträger sind verschiedentlich auch die Kriegsverhältnisse als unterstützend dann angeführt worden, wenn das Gesetz noch besondere Voraussetzung für die Rentengewährung fordert. In dieser Beziehung hat das RVA. in Entscheidungen vom 26. November 1916 und 5. Dezember 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 587, „Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung" 1918 S. 34) ausgesprochen, daß die Einberufung des Ehemannes nicht die Annahme einer Erwerbsunfähigkeit i. S. des § 592 RVO. begründe, daß also beim Tode einer Ehefrau, die während der Kriegsdienstleistung ihres Mannes ihre Angehörigen überwiegend aus ihrem Verdienst unterhalten hat, den Kindern ein Rentenanspruch nicht zusteht. Die Kriegsverhältnisse sind jedoch bei Aszendentenrentenansprüchen entsprechend zu berücksichtigen. So sind bei Unfällen der vom Militär beurlaubten Söhne unter Umständen auch die Zeiten vor der Einberufung zur Prüfung der Frage der wesentlichen Unterhaltung aus dem Arbeitsverdienst heranzuziehen, auch ist hinsichtlich der Bedürftigkeitsfrage auf die allgemeine Preissteigerung Rücksicht zu nehmen (Entsch. des Oberversicherungsamtes Reutlingen vom 23. November 1916 in „Berufsgenossenschaft" 1917 S. 218). Dagegen ist nach einer Entscheidung des RVA. vom 15. Februar 1917 („Berufsgenossenschaft" 1917 S. 152) die gewährte Kriegsunterstützung bei der Prüfung der Bedürftigkeit mit zu berücksichtigen.

Die Bundesratsbekanntmachung vom 8. August 1914 betr. die Anordnung einer Geschäftsaufsicht zur Abwendung des Konkursverfahrens (RGBl. S. 363) hat nicht die Wirkung, daß nunmehr die vom Amtsgericht aufgestellte Aufsichtsperson die Pflicht hat, den Lohnnachweis einzureichen; dies bleibt vielmehr, wie einer Entscheidung des Bayer. Landesversicherungsamts vom 31. Oktober 1917 („Mitteilungen" 1917 S. 144) zu entnehmen ist, Aufgabe des Unternehmers bzw., wenn ihm die Geschäftsführung entzogen ist, der mit ihr beauftragten Person.

Mit Rücksicht auf den Umstand, daß es jetzt nötiger als je ist, auf eine genaue Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften zu sehen (vgl. Rundschreiben des RVA. vom 20. Dezember 1916 in Amtl. Nachr. 1917 S. 233 (ArbVers. 1917 S. 401) stellt das Bayer. Landesversicherungsamt in einem Beschluß vom 23. April 1917 („Mitteilungen" 1917 S. 95) verschiedene Richtlinien für die Straffestsetzung wegen Übertretens der Unfallverhütungsvorschriften auf.

Die Teuerung legt es nahe, den ehrenamtlichen Organen der Genossenschaften höhere als die in der Satzung vorgesehenen Entschädigungssätze zu gewähren. Das RVA. hat nach Bescheiden vom 11. und 17. Dezember 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 626) hiergegen nichts einzuwenden, wenn die Sätze zeitlich beschränkt werden und über ihre Bewilligung unter Beachtung der für Satzungsänderungen vorgeschriebenen Förmlichkeiten Beschluß gefaßt wird; eine förmliche Satzungsänderung kann aber unterbleiben. Für die Frage der Gehaltszahlung an Angestellte der Versicherungsträger bei Ein-

berufung zum Heeresdienst ist eine Entscheidung des RVA. vom 29. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 668) von Belang, wonach eine Dienstbehinderung von 7 Monaten nicht mehr als „eine verhältnismäßig nicht geringe Zeit" i. S. des § 616 BGB. zu gelten hat; im übrigen aber ist die Prüfung dieser Frage Tatfrage, die nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen ist.

Für das Verfahren in Unfallrentensachen ist zu beachten, daß nach einer Entscheidung des RVA. vom 3. Mai 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 457) die Frage, ob der Aufenthaltsort einer zum Heeresdienst eingezogenen Person als Wohnort i. S. des § 1592 RVO. anzusehen ist, sich nach den tatsächlichen Verhältnissen des Einzelfalls richtet. Im Einspruchsverfahren ist der Berechtigte persönlich zu laden; die Ladung seiner Ehefrau bei seiner Abwesenheit genügt nicht (Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamts vom 28. Oktober 1916 in „Mitteilungen" 1917 S. 41). Im übrigen finden aber auf Zustellungen, namentlich auf solche von Bescheiden usw. dieselben Vorschriften wie im Frieden Anwendung, so daß sie auch bei Einberufenen in der Heimatswohnung mit Rechtswirksamkeit erfolgen können (Entsch. des RVA. vom 18. Mai 1917 in „Berufsgenossenschaft" 1917 S. 191).

H. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Arndt: „Verlust der Anwartschaft und andere Schädigungen von Kriegsteilnehmern in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1917 S. 694; Brunn: „Änderungen der Wartezeit in der Invalidenversicherung für Kriegsinvalide" 1917 S. 729; Düttmann: „Die Zulagen zu den Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1918 S. 81; —: „Zum Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1918 S. 301; v. Schelhorn: „Wann verlieren Kriegsteilnehmer die Anwartschaft bei der Invalidenversicherung? 1917 S. 236; Seelmann: „Invalidenversicherung der im Feldeisenbahndienst tätigen Personen" 1917 S. 1; Wimmer: „Die freiwilligen Leistungen der Träger der Invalidenversicherung unter dem Einfluß der Verordnungen über die Rentenzulagen" 1918 S. 165.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Aurin: „Zulagen zu Renten der Arbeiterversicherung" 1918 Sp. 73, 113; Klehmet: „Zur Bekanntmachung über die Invalidenversicherung bei der freiwilligen Kriegskrankenpflege" 1917 Sp. 401; —: „Zur Bekanntmachung über Erhaltung von Anwartschaften und Antragsrechten in der Invalidenversicherung" 1918 Sp. 245.

c) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Seelmann: Die Frist für die Geltendmachung des Anspruchs auf Witwengeld" 1917 Sp. 13; Baum. „Das invalidenrechtliche Verdienstdrittel unter dem Einfluß des Krieges" 1917 Sp. 834.

d) **Der Versicherungsbote:** Sn.: „Das Erlöschen der Anwartschaft bei Kriegsteilnehmern in der Invalidenversicherung" 1917 S. 61.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung stehen die Fragen der Versicherungspflicht und der Invalidität, namentlich hinsichtlich ihres Vorliegens bei Kriegsbeschädigten im Vordergrund des Interesses.

Die Versicherungspflicht besteht auch bei Militärrentnern, da nach einer Entscheidung des RVA. vom 9. Juni 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 560, ArbVers. 1917 S. 656; vgl. auch ArbVers. 1917 S. 478 Ziff. 5) Militärrenten kein Ruhegeld, Wartegeld oder einen ähnlichen Bezug i. S. des § 1237 RVO. darstellen. Der Bezug einer neben der Militärrente etwa gewährten Krankenrente nach § 1255 RVO. macht jedoch für die Dauer ihrer Gewährung versicherungsfrei (Entsch. des Sächsischen Landesversicherungsamts vom 25. November 1916 im „Archiv für Reichsversicherung" 1917 S. 82; ArbVers. 1917 S. 478 Ziff. 6). Die in Nähstuben des vaterländischen Frauenvereins Beschäftigten unterliegen, da ihr Verdienst im allgemeinen nicht als geringfügig angesprochen werden kann, der Versicherungspflicht (ArbVers. 1917 S. 599 Ziff. 6). Da russisch-polnische Arbeiter mit der Errichtung des Königreichs Polen nicht mehr als feindliche Ausländer gelten, sind sie von diesem Tage (5. November 1916) an versicherungspflichtig (A. A. neuerdings das

RVA. in einer Entscheidung vom 15. März 1918 in Amtl. Nachr. 1918 S. 314), es sei denn, daß sie als sog. ausländische Saisonarbeiter von der Versicherung befreit sind (ArbVers. 1918 S. 258 Ziff. 16). Soweit solche Arbeiter schon vor Kriegsausbruch in Deutschland beschäftigt waren, entfiel für sie mit dem Augenblick der gegen sie verfügten Aufenthaltsbeschränkungen jegliche Versicherungspflicht; die Tatsache, daß sie aber nunmehr unfreie Arbeiter waren, entzog ihnen nicht das Recht der freiwilligen Weiterversicherung (Entsch. des RVA. vom 20. Januar 1917 in ArbVers. 1917 S. 274). Für Militärgefangene sichert ein Erlaß des Preuß. Kriegsministeriums vom 17. April 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 248) die Fortsetzung der Versicherung während der Zeit der Strafverbüßung.

Für die Erhaltung der Anwartschaft bei Kriegsteilnehmern ist es wichtig, daß Militärdienstzeiten auch dann als Ersatztatsachen gelten, wenn sie sich nicht unmittelbar an die vorangegangene versicherungspflichtige Beschäftigung anschließen, sofern nur aus dem ganzen früheren Verhalten des Versicherten angenommen werden kann, daß er zur Zeit seiner Nichteinberufung versicherungspflichtiger Beschäftigung nachgegangen wäre (Entsch. des Sächsischen Landesversicherungsamts vom 25. November 1916 und des Oberversicherungsamts Erfurt vom 20. Dezember 1916 in „Archiv für Reichsversicherung" 1917 S. 82, 67). Die Anrechnung von Militärdienstzeiten ist auf Grund der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1915 (RGBl. S. 845) auch dann zulässig, wenn es sich um Versicherte handelt, die nach Erlöschen der Anwartschaft das Versicherungsverhältnis erneuert, jedoch bis zu ihrem Eintritt in die Kriegsdienste eine neue Wartezeit nicht zurückgelegt haben (Entsch. des RVA. vom 10. Dezember 1917 in Amtl. Nachr. 1918 S. 190). Dagegen ist die Anrechnung der nach Eintritt des Versicherungsfalls liegenden Militärdienstzeiten auch dann nicht angängig, wenn es sich nur um vorübergehende Invalidität handelt (Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts vom 24. Februar 1917 in ArbVers. 1917 S. 375; vgl. auch Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamts in „Mitteilungen" 1918 S. 59). Aus dem gleichen Grunde können freiwillige Beiträge nach dem Tode des Versicherten, selbst wenn sich ihre Entrichtung auf einen Auftrag des Versicherten stützt, weder nach § 1443 RVO. noch nach § 3 der Verordnung vom 23. Dezember 1915 (RGBl. S. 845; ArbVers. 1916 S. 39) entrichtet werden (Entsch des RVA. vom 28. Februar 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 510 und des Bayer. Landesversicherungsamts vom 10. Februar 1917 in „Mitteilungen" 1917 S. 47). Den Militärdienstzeiten stehen die Zeiten der Zivilgefangenschaft im Feindesland nicht gleich; ihre Anrechnung ist daher nach einer Entscheidung des RVA. vom 23. Oktober 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 616; ArbVers. 1918 S. 230) ausgeschlossen. Dagegen kann bei Soldaten, die von einem Lazarett vorübergehend zur Arbeitsleistung abgegeben werden, eine Anrechnung ihrer Tätigkeit als Militärdienstleistung stattfinden (ArbVers. 1918 S. 360 Ziff. 6).

Welche Bedeutung den militärärztlichen Gutachten für die Frage der Invalidität i. S. des § 1255 RVO. bei Kriegsbeschädigten zukommt, hierüber macht eine Entscheidung des Bayer. Landesversicherungsamts vom 11. Oktober 1916 („Mitteilungen" 1917 S. 4; vgl. auch Entscheidung des Oberversicherungsamts Erfurt vom 14. November 1917 in „Mainzer Zeitschrift" 28. Jahrg. S. 61) interessante Ausführungen. Abschriften militärärztlicher Gutachten sind nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 12. April 1917 („Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung" 1918 S. 129) auf jeden Fall nicht geeignet, in Streitsachen aus der Invalidenversicherung ein erschöpfendes Beweismaterial abzugeben. Es begründet auch nicht jeder Lazarettaufenthalt Invalidität, da eine solche nicht vorliegt, wenn der Lazarettaufenthalt rein militärischen Inter-

essen dient (Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamtes vom 23. Februar 1917 in „Mitteilungen" 1917 S. 87).

Andernfalls darf bei Vorliegen der Voraussetzungen für den Bezug der Invalidenrente diese nicht unter Berufung auf § 1271 RVO. versagt werden, weil die Militärverwaltung ein Heilverfahren durchführt (Entsch. des RVA. vom 25. September 1916 in Amtl. Nachr. 1916 S. 745; ArbVers. 1917 S. 204). Verstümmelung bewirkt nicht unbedingt dauernde Invalidität; es kommt vielmehr wie das Oberversicherungsamt Württemberg in einer Entscheidung vom 8. März 1917 (ArbVers. 1917 S. 469) dargelegt, darauf an, ob bei Durchführung des Heilverfahrens von Anfang an mit einer die Invalidität behebenden Wiederherstellung gerechnet werden kann oder nicht. Haben vorübergehend invalide Kriegsbeschädigte keinen Anspruch auf Krankengeld, so begründet dies kein Recht zu einem Bezug der Invalidenkrankenrente schon vor Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Invalidität (Entsch. des RVA. vom 10. Januar 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 442).

Die unrichtige Belehrung eines versicherten Kriegsbeschädigten durch den Lazarettarzt kann einen außerhalb des Willens des Versicherten liegenden Umstand bilden, durch den er an der rechtzeitigen Antragstellung gehindert ist, so daß also hier der Rechtsnachteil des § 1253 RVO. nicht Platz greift (Entsch. des RVA. vom 16. Oktober 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 647). Der Lazarettaufenthalt als solcher ist jedoch nicht schlechthin zu den Verhältnissen zu rechnen, die den Berechtigten hindern, rechtzeitig Antrag auf Rente zu stellen (Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamtes vom 30. Januar 1917 in „Mitteilungen" 1917 S. 79).

Die Frage des Entzugs einer Invalidenrente ist auch bei Kriegsbeschädigten ausschließlich nach den Verhältnissen des bürgerlichen Lebens zu beurteilen; die Grundsätze, welche für die Festsetzung der Militärpension gelten, decken sich, wie das Bayer. Landesversicherungsamt in einer Entscheidung vom 21. April 1917 („Mitteilungen" 1917 S. 122) bemerkt, nicht mit den Voraussetzungen und Zwecken, die für die reichsgesetzliche Arbeiterversicherung maßgebend sind. Die gleiche Spruchbehörde hat in einer weiteren Entscheidung vom 23. Februar 1917 („Mitteilungen" 1917 S. 76) darauf hingewiesen, daß Kriegsbeschädigte tunlichst ihrem Beruf wieder zuzuführen sind, daß daher das für sie maßgebende Lohndrittel nur ausnahmsweise nach einem neuen Beruf berechnet werden darf. Neu erworbene Fähigkeiten können aber trotzdem die Entziehung der Rente rechtfertigen (Entsch. des RVA. vom 27. Oktober 1917 in ArbVers. 1918 S. 33). Infolgedessen hat das Sächsische Landesversicherungsamt mit Entscheidung vom 27. Oktober 1917 („Mainzer Zeitschrift" 28. Jahrg. S. 41) bei einem Kriegsbeschädigten die Ausbildung als Linkshänder als eine wesentliche Änderung der Verhältnisse angesehen.

Die Ansprüche auf Gewährung der Hinterbliebenenrenten können auch dann erhoben werden, wenn der Kriegsteilnehmer vermißt wird; denn dies ist nach der Entscheidung des RVA. vom 16. Mai 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 509, ArbVers. 1917 S. 682) ein Umstand, der bei den in § 1 der Bekanntmachung vom 18. April 1916 über die Todeserklärung Kriegsverschollener (RGBl. S. 296) bezeichneten Kriegsteilnehmern ihren Tod auch gemäß § 1265 Abs. 1 RVO. wahrscheinlich macht. Soweit Bedürftigkeit für die Gewährung von Hinterbliebenenrenten Voraussetzung ist, schließt eine vom Lieferungsverband gewährte Unterstützung die Bedürftigkeit nicht aus (Entsch. des RVA. vom 10. März 1917 in Amtl. Nachr. 1917 S. 508).

Die Rentenzulagen nach der Bekanntmachung vom 3. Januar 1918 (RGBl. S. 7, ArbVers. 1918 S. 52) stehen den in ausländischen Grenzgebieten sich aufhaltenden Rentenempfängern nicht zu (Entsch. d. Bayer. Landesversicherungsamts vom 27. Februar 1918 in „Mitteilungen" 1918 S. 49).

Für das Verfahren bei Begutachtung von Rentenanträgen ist zu beachten, daß eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 7. Juni 1917 (Zentralblatt 1917 Sp. 514) ausspricht, daß die einmal begründete Zuständigkeit eines Versicherungsamts durch die Verlegung des Kriegsbeschädigten in einen anderen Bezirk nicht geändert wird.

J. Angestelltenversicherung.

I. Literatur.

a) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Brunn: „Zur Bundesratsverordnung über die Angestelltenversicherung während des Krieges“ 1917 Sp. 46; Dersch: „Die Angestelltenversicherung während des Krieges“ 1918 Sp. 273; Laß: „Angestelltenversicherung in den ausländischen besetzten Gebieten“ 1917 Sp. 538; —: „Neue Kriegsverordnungen zum AVG.“ 1918 Sp. 16; —: „Verlängerung von Fristen in der Angestelltenversicherung“ 1918 Sp. 249.

b) **Versicherungsbote:** Laß: „Die Ansprüche der versicherten Kriegsteilnehmer und ihrer Hinterbliebenen auf Beitragserstattung nach dem AVG.“ 1917 S. 137.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Hier handelt es sich im wesentlichen um Fragen der Versicherungspflicht und die sich hieraus ergebenden Folgerungen. Kriegsbeschädigte, die vor ihrer endgültigen Entlassung vom Regiment zur Dienstleistung in privaten Betrieben beurlaubt sind, unterwirft eine Entscheidung des Rentenausschusses vom 25. April 1917 („Angestelltenversicherung“ 1918 S. 14) der Versicherungspflicht; ihre Befreiung ist nur dann gegeben, wenn sie aus Gründen der Heilbehandlung kommandiert sind. Daher ist auch ein Kriegsteilnehmer versicherungspflichtig (Entsch. des Rentenausschusses vom 19. August 1916 in „Die Angestelltenversicherung“ 1917 S. 217), der von der Militärverwaltung zur Arbeit für Kriegslieferungen teils beurlaubt, teils mit Befristung entlassen ist. Die Versicherungspflicht erfaßt ferner auch bei einem Landgericht während des Kriegs beschäftigte Hilfsschreiber, welche vor dem Krieg keine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt haben und nach dem Kriege voraussichtlich unentgeltlich als Justizanwärter tätig und unter § 10 Ziff. 1 AVG. fallen werden, sofern ihre Tätigkeit nach dem Kriege als versicherungspflichtig angesehen werden muß (Entsch. des Rentenausschusses vom 27. November 1916 in „Angestelltenversicherung“ 1918 S. 12; ArbVers. 1918 S. 273). Anderseits ist ein Rechtsanwalt, der als früherer Stadtrat Pension bezieht, während des Krieges aber wegen der geminderten Einnahmen im Anwaltberuf ein Angestelltenverhältnis bei einer Versicherungsgesellschaft übernimmt, nicht versicherungspflichtig, da er diese Tätigkeit nicht im Hauptberuf ausübt (Entsch. des Rentenausschusses vom 7. August 1916 in „Angestelltenversicherung“ 1918 S. 56).

Einige Schwierigkeiten bot auch die Frage, was als „an sich versicherungspflichtige Tätigkeit“ i. S. von § 1 der Bekanntmachung vom 30. September 1916 über die Versicherungspflicht von Angestellten während des Krieges (RGBl. S. 1097; ArbVers. 1916 S. 711) anzusehen sei. Das Oberschiedsgericht hat sich mit einer Entscheidung vom 20. Februar 1917 („Angestelltenversicherung“ 1918 S. 6) dahin ausgesprochen, daß hierunter solche Beschäftigungen nicht fallen, die vor Inkrafttreten des AVG. oder außerhalb von dessen Geltungsgebiet ausgeführt worden sind; ebenso erachtet es (Entsch. vom 30. März 1917 in „Angestelltenversicherung“ 1917 S. 214) eine solche nicht vorliegend bei Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen. Wohl aber ist eine „an sich versicherungspflichtige Tätigkeit“ nach einer Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 23. Februar 1917 („Angestelltenversicherung“ 1917 S. 198) gegeben, wenn die Beschäftigung ihrer Art nach unter § 1 Abs. 1 AVG. fällt, aber wegen eines 5000 Mk. übersteigenden Jahresarbeitsverdienstes die Versicherungspflicht nicht Platz greift. In Übereinstimmung mit dieser Entscheidung steht eine Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 22. September 1916 („Angestelltenversiche-

rung" 1917 S. 23), wonach die Versicherungspflicht auch Platz greift, wenn der Jahresarbeitsverdienst vorübergehend unter 5000 M sinkt.

Die Rückzahlung von beim Tode eines Kriegsteilnehmers noch rückständigen Beiträgen an die Witwe gemäß § 398 AVG. ist möglich; wenn der Arbeitgeber zur Nachzahlung der von ihm in diesem Falle gemäß § 179 AVG. ganz zu entrichtenden Beiträge von der Reichsversicherungsanstalt mit Erfolg angehalten wird, steht der Witwe die Hälfte der Beiträge zu (ArbVers. 1918 S. 180 Ziff. 3).

Der Vollzug der Bundesratsbekanntmachung vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531, ArbVers. 1915 S. 643) machte verschiedene Entscheidungen nötig. Unter dem 4. April 1917 („Angestelltenversicherung" 1917 S. 216) stellte das Oberschiedsgericht fest, daß ein Bauingenieur, der bei einer Fortifikation auf Privatdienstvertrag gegen einen zwischen 12 und 20 M wechselnden Tagesentgelt beschäftigt ist, keine Kriegsdienste i. S. dieser Bekanntmachung leistet. Ebensowenig ist dies nach einer Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 6. November 1917 („Angestelltenversicherung" 1918 S. 81) der Fall bei einem Angestellten, der auf Reklamation hin beurlaubt und im Betriebe seines früheren Arbeitgebers tätig ist. Der freiwillige Eintritt in den Heeresdienst während des Krieges, sowie die durch den Krieg verursachten Verhältnisse im Inland berechtigten nicht zu den in § 8 bei „Zahlungsverhinderung infolge Maßnahmen feindlicher Staaten" zugelassenen Nachzahlung freiwilliger Beiträge (Entsch. des Rentenausschusses vom 25. August 1916 in „Angestelltenversicherung" 1918 S. 236). Im einzelnen unterrichtet ein Merkblatt des Direktoriums (ArbVers. 1918 S. 155), ähnlich wie ein solches des Rentenausschusses (ArbVers. 1917 S. 498) über die hier einschlägigen Fragen. Wohl aber bewirkt § 8 für die in ihm bezeichneten Personen eine gesetzliche Stundung der Beiträge zur freiwilligen Versicherung (Entsch. des Schiedsgerichts vom 26. März 1918 in „Angestelltenversicherung" 1918 S. 83). § 9 der Bekanntmachung vom 26. August 1915 gilt auch für solche Fälle, in denen ein versichert gewesener Angestellter, dessen Anwartschaft noch nicht erloschen ist, infolge des Krieges für längere Zeit stellenlos dadurch geworden ist, daß er nach dem Ausscheiden aus seiner bisherigen Stellung mit Rücksicht auf die verminderte Nachfrage eine neue Stellung nicht hat finden können. Entsch. des Rentenausschusses vom 15. Juni 1917. („Angestelltenversicherung" 1918 S. 87.)

Zur Beitragsleistung hat das Oberschiedsgericht am 17. November 1916 („Angestelltenversicherung" 1917 S. 78; ArbVers. 1917 S. 490) auch für die Angestelltenversicherung die Einrechnung der Teuerungszulagen, auch wenn sie nur für unbestimmte Zeit und auf jederzeitigen Widerruf gegeben werden, in das Entgelt ausgesprochen. Der Rentenausschuß hat ferner mit Entscheidung vom 24. Juni 1916 („Angestelltenversicherung" 1917 S. 18) die Pflicht zur Entrichtung von Beiträgen für gegeben erachtet bei einem Angestellten, der für verhältnismäßig nur kurze Zeit durch kriegerische Ereignisse an der Erfüllung seiner vertragsmäßigen Dienste gehindert war, seinen Gehalt aber fortbezahlt erhielt.

Die Tatsache der Kriegsdienstleistung bewirkt, daß durch sie eine im Jahre vorher begonnene neue Anwartschaftsperiode auch dann aufrecht erhalten bleibt, wenn in diesem Jahre weniger als acht Beitragsmonate zurückgelegt sind (Entsch. des Schiedsgerichts vom 12. Februar 1918 in „Angestelltenversicherung" 1918 S. 51).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 6 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Juni 1918.)

Unfallversicherung.

Nach § 1700 Ziff. 2 RVO. ist der Rekurs ausgeschlossen, wenn, abgesehen von dem Falle des unstreitigen Feststehens, zur Zeit der Entscheidung des Rekursgerichts durch eine bereits vorher erlassene rechtskräftige Feststellung ausgesprochen ist, daß die Erwerbsunfähigkeit des Verletzten vorübergegangen ist. Fehlt diese Voraussetzung, so ist das Rekursgericht nicht gehindert, den Rentenanspruch für einen der Vergangenheit angehörenden Zeitraum anzuerkennen, obwohl dem Verletzten eine laufende Rente nicht zugebilligt ist (Großer Senat — 2990 S. 362).

Die erweiterte Rechtsmittelwirkung nach § 1608 Abs. 1 RVO. erstreckt sich nicht auf einen neuen Bescheid, der die Rente nach § 606 RVO. (wegen Nichtbefolgung einer das Heilverfahren betreffenden Anordnung) versagt (2991 S. 364).

Ist eine Berufsgenossenschaft im Rekursverfahren, unter Aufhebung ihres ablehnenden Bescheids, zur Entschädigungsleistung verurteilt worden, so ist sie nicht verpflichtet, einer im Rekursverfahren beigeladenen Berufsgenossenschaft, die früher zu dem gleichen Entschädigungsanspruche durch einen vom Oberversicherungsamt bestätigten ablehnenden Bescheid selbständig Stellung genommen hatte, die Kosten zu erstatten, welche dieser Genossenschaft durch das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt erwachsen waren (2992 S. 366).

Die Satzung einer Berufsgenossenschaft kann bestimmen, daß den nach § 1569 RVO. für die Feststellung der Leistungen der Unfallversicherung gebildeten „besonderen Kommissionen" auch Vertreter der Versicherten mit Stimmrecht angehören (Besch. 2993 S. 367).

B. Zur Krankenversicherung.

Erhöhung des Arbeitsverdienstes nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ist ohne Einfluß auf die Mitgliedsklasse des Weiterversicherten.

Entscheidung des **Versicherungsamtes der Stadt Breslau** vom 12. Juli 1918.

Die Antragstellerin war bis zum 4. März 1918 versicherungspflichtiges Mitglied der Ortskrankenkasse. Sie bezog bis dahin 200 *M* Monatsgehalt und war an Sonntagen nicht beschäftigt. Am 4. März 1918 erhielt sie vom Arbeitgeber die Mitteilung, daß ihr Gehalt, rückwirkend vom 1. Februar 1918 an, auf monatlich 230 *M* erhöht werde und daß sie außerdem 10 v. H. des Gehaltes als Teuerungszulage erhalte. Wegen des nunmehr 2500 *M* übersteigenden regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes schied sie aus der Versicherungspflicht aus und stellte bei der Kasse den Antrag auf freiwillige Weiterversicherung gemäß § 313 RVO. Die Kasse erkannte das Recht der freiwilligen Weiterversicherung in der Mitgliederklasse V c, d. h. in derjenigen Mitgliederklasse an, in welcher die Antragstellerin bis zum 4. März 1918 auf Grund ihrer Versicherungspflicht versichert war. Hiermit ist die Antragstellerin nicht zufrieden gestellt. Sie hält sich für berechtigt, entsprechend dem erhöhten Gehalt (einschl. Teuerungszulage) von 230 + 23 = 253 *M* monatlich, d. s. mehr als 10 *M* täglich, Mitglied der Klasse IX, umfassend Kassenmitglieder mit einem Arbeitsverdienst von täglich mehr als 9,50 *M* zu sein. Die Kasse bestreitet diese Berechtigung. Das Versicherungsamt teilte die Versicherte der höheren Klasse VII zu und wies ihren weitergehenden Antrag ab. —

Gründe:

Durch den 1. Nachtrag zur Satzung der Antragsgegnerin sind den bisherigen Mitgliederklassen I a bis V c weitere Mitgliederklassen VI bis IX angefügt worden. Während vor der Satzungsänderung die Klasse Vc alle Kassenmitglieder umfaßte, welche einen Arbeitsverdienst von mehr als 5,50 *M* für den Arbeitstag hatten, gehörten nach dem Inkrafttreten der Satzungsänderung in die Klasse Vc nur solche Kassenmitglieder, deren Arbeitsverdienst für den Arbeitstag mehr als 5,50 *M* bis einschl. 6,50 *M* betrug. Dagegen wurden Kassenmitglieder, die einen Tagesarbeitsverdienst von mehr als 6,50 *M* hatten, mit dem Inkrafttreten der Satzungsänderung kraft Gesetzes Mitglieder der ihrem Verdienste entsprechenden höheren Mitgliederklasse VI bis IX. Die hier in Frage stehende Satzungsänderung ist zwar schon am 23. Februar 1918 vom Oberversicherungsamt genehmigt worden, sie ist aber, da die hierüber ausgefertigte Urkunde der Krankenkasse erst Ende Februar 1918 zugegangen ist, von der Antragsgegnerin erst mit dem Beginn der darauffolgenden Beitragswoche, d. i. mit Beginn des 4. März 1918 in Wirkung gesetzt worden.

Die Antragstellerin hatte bis zum 4. März 1918 einen Tagesverdienst von (200 geteilt durch 25) — 8 *M*. Ihre Pflichtversicherung in Klasse Vc ist vor dem Inkrafttreten der Satzungsänderung lediglich

aus dem Grunde erfolgt, weil es zu dieser Zeit eine höhere Klasse (als Vc) nicht gegeben hat. Mit dem Ablauf des 3. März 1918, zu welcher Zeit die Pflichtversicherung noch bestand, wurde die Antragstellerin auf Grund ihres Tagesarbeitsverdienstes von 8 ℳ kraft Gesetzes Pflichtmitglied der Klasse VII, umfassend Kassenmitglieder mit einem täglichen Arbeitsverdienst von mehr als 7,50 ℳ bis einschl. 8,50 ℳ. Erst später — im Laufe des 4. März — erhielt Antragstellerin die Mitteilung, daß ihr Gehalt erhöht werde, und war somit beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nicht mehr Mitglied der Klasse Vc, sondern bereits Mitglied der Klasse VII. Antragstellerin ist hiernach berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft in letzterer Klasse fortzusetzen.

Der Anspruch der Antragstellerin, die freiwillige Mitgliedschaft in einer höheren Klasse (IX) fortzusetzen, findet im Gesetze keine Begründung; zu vgl. § 313 Abs. 1 der RVO., wonach die Mitgliedschaft zwar in einer niedrigeren, nicht aber in einer höheren Mitgliederklasse freiwillig fortgesetzt werden kann. Der nach dem Erlöschen der Versicherungspflicht von der Antragstellerin erzielte höhere Verdienst ist für die Bestimmung der Mitgliederklasse nicht mehr maßgebend.

Hiernach rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

Verjährung der Nebenstrafe (der Strafbeiträge) aus § 531 Abs. 2 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. März 1918 (2462 Amtl. Nachr. 1918 S. 354).

Im allgemeinen ist im Strafrecht davon auszugehen, daß für die Verjährungsfrist der Strafverfolgung der Höchstbetrag der vom Gesetz angedrohten ordentlichen Strafe maßgebend ist (zu vgl. Olshausen, Kommentar zum Strafgesetzbuch 10. Aufl. Bd. I Anm. 2 zu § 67). Die Auferlegung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge nach § 531 Abs. 2 RVO. ist eine Nebenstrafe (Entsch. 1811 und 2058, Amtl. Nachr. 1914 S. 383, 1915 S. 597). Für sie ist also nach allgemeinen strafrechtlichen Grundsätzen die Verjährungsfrist maßgebend, die für die im § 530 RVO. vorgesehene Hauptstrafe gilt, also nach § 147 Satz 1 RVO. eine Frist von drei Monaten (zu vgl. Entsch. 1812, Amtl Nachr. 1914 S. 385, die zur Verjährung der Nebenstrafe des § 1488 RVO. in entsprechendem Sinne Stellung nimmt, ebenso Stier-Somlo, Kommentar Anm. 3 Abs. 2 zu § 531). Zweifel ergeben sich hinsichtlich des Laufes der Verjährungsfrist aus der der Nebenstrafe anhaftenden besonderen Eigenart, die darin liegt, daß sie von einer anderen Instanz verhängt wird als die ordentliche Strafe und daß sie nur dem mit der ordentlichen Strafe „Bestraften" auferlegt werden kann. Hieraus ergibt sich zunächst, daß das Strafverfahren aus § 530 schwerlich eine Unterbrechung der Verjährung für das Verfahren aus § 531 Abs. 2 herbeiführen kann; denn nach § 147 Satz 3 RVO. ist zur Unterbrechung eine gegen den Täter gerichtete Handlung dessen erforderlich, der zur Verhängung der Strafe zuständig ist. Da aber die Krankenkasse die Nebenstrafe nicht verhängen kann, bevor der Täter mit der Hauptstrafe belegt ist, so würde sich, wenn der Lauf der Verjährungsfrist für die Strafverfolgung mit der Nebenstrafe bereits mit dem Laufe der Verjährungsfrist für die Strafverfolgung mit der ordentlichen Strafe einsetzte, ergeben, daß für die Nebenstrafe oft schon Verjährung eingetreten wäre, ehe die Krankenkasse überhaupt in die Lage käme, die Nebenstrafe zu verhängen. Demnach kann, wenn die Anwendung der Strafandrohung des § 531 Abs. 2 RVO. nicht übermäßig eingeschränkt werden soll, der Lauf der Verjährungsfrist erst von der Bestrafung mit der ordentlichen Strafe beginnen. Nach der Entsch. 2058 (Amtl. Nachr. 1915 S. 597) kann die Nebenstrafe des § 531 Abs. 2 RVO. dem Arbeitgeber erst dann auferlegt werden, wenn er auf Grund des § 530 zuvor rechtskräftig bestraft ist. Nach der Entsch. des Beschlußsenats des Reichsversicherungsamts vom 24. März 1916 (II K 181/15) hat das nicht die Bedeutung, daß die Auferlegung der Nebenstrafe erst nach Eintritt der Rechtskraft der Strafverfolgung zulässig ist; vielmehr soll damit nur gesagt sein, daß die Wirksamkeit der Auferlegung von der rechtskräftigen Bestrafung abhängt. Ist aber hiernach die Wirksamkeit der Verhängung der Nebenstrafe bis zur Rechtskraft der ordentlichen Strafe nur eine bedingte, so kann die Verjährungsfrist auch nicht vor der Rechtskraft jener Strafe beginnen. Hieraus ergibt sich, daß die Verjährung der Strafverfolgung mit der Nebenstrafe des § 531 Abs. 2 RVO. erst mit dem Eintritt der Rechtskraft der ordentlichen Strafe beginnt und drei Monate später abläuft, sofern sie nicht unterbrochen wird.

C. Zur Unfallversicherung.

Zur Gewährung von Rentenzulagen aus der Unfallversicherung.

Runderlaß des **Reichsversicherungsamts** (Abt. f. Unf.-Vers.) vom 26. Mai 1918 (Amtl. Nachr. 1918 S. 361).

Nach § 7 der Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts zur Bekanntm. v. 17. Januar 1918 (RGBl. S. 31) über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung vom 24. Januar 1918 (Amtl. Nachr. 1918 S. 154)*) muß die Entscheidung des Versicherungs-

*) ArbVers. Heft 4 S. 70, Heft 5 S. 95.

trägers den Vermerk enthalten, daß sie endgültig wird, wenn der Verletzte nicht binnen einem Monat nach ihrer Zustellung den Einspruch bei dem Oberversicherungsamt einlegt. Das für den Einspruch zuständige Oberversicherungsamt ist zu bezeichnen. Diese Bestimmungen sind, wie bei der Prüfung von Beschwerden der Rentenempfänger wahrgenommen ist, von verschiedenen Berufsgenossenschaften nicht beachtet worden. Das Reichsversicherungsamt sieht sich daher veranlaßt, an ihre genaue Einhaltung zu erinnern.

Eine Berufsgenossenschaft hat eine sehr zweckmäßige und sozial richtig empfundene Maßnahme getroffen. Sie läßt den Rentenempfängern, die voraussichtlich Anspruch auf die Zulage haben, unter eingehender Mitteilung des Inhalts des § 1 der Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 eine Aufforderung zugehen, bald einen Antrag auf Gewährung der Zulage unter Benutzung der mitfolgenden, einen Vordruck für den Antrag enthaltenden Postkarte an die Berufsgenossenschaft oder an das zuständige Versicherungsamt zu richten, falls sie glauben, einen berechtigten Anspruch auf die Zulage zu haben. Es wird zur Erwägung empfohlen, ob nicht, soweit es noch nicht geschieht, in ähnlicher Weise zu verfahren sein möchte, weil namentlich die auf dem Lande lebenden und die nicht organisierten Rentenempfänger zum Teil nichts von der Bundesratsverordnung erfahren und deshalb keinen Antrag auf Zahlung der Zulage stellen.

Auch wird den Versicherungsträgern nahegelegt, Anträge auf Zulagen möglichst wohlwollend zu behandeln, insbesondere bei der Prüfung der Frage, ob Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird, Leistungen, auf die der Rentenempfänger keinen Rechtsanspruch hat, nicht zu berücksichtigen. Ebenso wird empfohlen, bei Prüfung der Frage, ob sich der Verletzte im Inland oder gewöhnlich im Ausland aufhält (§§ 1 und 5 der Bundesratsverordnung) zugunsten der in besetzten Gebieten im Kriegsdienst oder im Hilfsdienst stehenden Rentenempfänger, soweit angängig, wohlwollend zu verfahren.

Das Reichsversicherungsamt macht hierbei, ohne den Entscheidungen der zuständigen Rechtsprechungsinstanzen vorzugreifen, auf folgende Punkte aufmerksam:

Die in der einschlägigen Literatur vertretene Auffassung, daß nur solche Verletzte Anspruch auf die Zulage hätten, die zur Zeit des Erlasses der Bundesratsverordnung über die Gewährung der Zulagen vom 17. Januar 1918 (Amtl. Nachr. 1918 S. 153) schon eine Rente von mindestens zwei Dritteln der Vollrente bezogen, trifft nach der Ansicht des Reichsversicherungsamts nicht zu. Der Wortlaut des § 1 der Verordnung „Verletzten, die eine Rente von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente beziehen" bietet zu dieser engen Auslegung keinen Anlaß. Vielmehr steht die Zulage auch solchen Verletzten zu, bei denen die Voraussetzungen des § 1 der Bundesratsverordnung erst nach ihrem Inkrafttreten erfüllt werden.**)

Unrichtig erscheint dem Reichsversicherungsamt auch die von einer Sektion vertretene Auffassung, daß die Zulage solchen Verletzten nicht zu gewähren sei, die zwar eine Rente von zwei Dritteln der Vollrente und mehr beziehen, aber bereits vor dem Unfall in der Erwerbsfähigkeit beschränkt waren. Maßgebend sind vielmehr nur die Hundertsätze der Rente.

Ebensowenig entspricht die Übung einer Berufsgenossenschaft, die Zulagen nur dann rückwirkend zu gewähren, wenn dies ausdrücklich beantragt wird, der Bundesratsverordnung. Nach § 1 der Verordnung wird die Zulage für die Zeit bis zum 31. Dezember 1918 gewährt, also gemäß § 12 an sich vom 1. Februar 1918, dem Tage des Inkrafttretens der Verordnung, ab; § 5 enthält nur insofern eine Einschränkung, als die Zulage nicht länger als drei Monate rückwärts, gerechnet vom Beginne des Monats, in welchem der Antrag eingegangen ist, gewährt wird. Enthält der Antrag nicht selbst eine Einschränkung, so ist davon auszugehen, daß mit ihm die Zulage in dem nach der Verordnung zulässigen weitesten Umfang erstrebt wird.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht eines Grubenaufsehers; Zuständigkeit zur Entscheidung.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 11. Dezember 1916 (B. 493/16).

Bei der Beurteilung des Falles kommt es zunächst darauf an, ob der Rentenausschuß zur Entscheidung der Versicherungspflicht sachlich zuständig ist. B. war in der Zeit vom 1. Januar bis zum 28. Februar 1913 bei der K.schen Bergverwaltung zu W. als Grubenaufseher tätig und auf Grund des Knappschaftsgesetzes vom 17. Juni 1912 in der Arbeiterabteilung des Lahn-Knappschaftsvereins zu W. versichert. Der Vorstand des Lahn-Knappschaftsvereins hat in einer Sitzung vom 20. Oktober 1915 beschlossen, daß der Aufseher B. in der Zeit vom 1. Januar bis zum 28. Februar 1913 nach dem AngestVersGes. nicht zu versichern sei, da er nicht als Betriebsbeamter oder als Angestellter in ähnlich gehobener Stellung im Sinne des Angest.-VersGes. in Betracht komme. Gemäß § 60 der Satzung des Lahn-Knappschaftsvereins ist dieser Beschluß dem

**) So Jaeger hier in Heft 14 S. 264 gegen Fischer in Heft 11 S. 205 und Heft 19 S. 373.

Aufseher B. zugestellt worden mit dem Hinweise, daß hiergegen die Berufung an das Kgl. Knappschafts-Oberversicherungsamt zu Bonn zulässig sei. Die Arbeitgeberin und der Vorstand des Lahn-Knappschaftsvereins sind auf Grund dieses Tatbestandes der Ansicht, daß die Frage, ob B. während der fraglichen Zeit in der Arbeiterabteilung des Lahn-Knappschaftsvereins zu versichern sei oder nicht, ausschließlich von den in den Vereinssatzungen vorgesehenen Stellen (Kgl. Knappschafts-Oberversicherungsamt zu Bonn und Oberschiedsgericht in Knappschaftsangelegenheiten zu Berlin) zu entscheiden sei. Demnach bestreitet die Arbeitgeberin die sachliche Zuständigkeit des Rentenausschusses für den vorliegenden Versicherungsstreit. Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt hat mit Rücksicht hierauf Streitverfahren beantragt mit dem Antrage, die Versicherungspflicht zu bejahen: da es sich um die Feststellung der Versicherungspflicht im Sinne des AngestVersGes. handle, ferner, weil im vorliegenden Falle die Aufnahme in die Beamtenabteilung des als Ersatzkasse zugelassenen Lahn-Knappschaftsvereins von diesem abgelehnt sei und die Beitragsentrichtung zur Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nunmehr in Frage stehe, sei die Zuständigkeit der Spruchbehörden der Angestelltenversicherung gemäß § 210 AngestVersGes. gegeben. Diesem Standpunkte der Reichsversicherungsanstalt ist beizupflichten. Für die Bergwerksbeamten ist bereits in der Begr. zum Entw. des Knappschaftsges. (Druckf. des Herrenhauses Sess. 1912 Nr. 39 S. 21) anerkannt, daß die Beamtenversicherung nach dem Knappschaftsgesetz nur neben der Versicherung nach dem AngestVersGes. und aushilfsweise Platz greift. Die Begründung führt aus: „Dieses Gesetz (das AngestVersGes.) sieht für die nach ihm versicherten Personen Unterstützungen der gleichen Art vor, wie sie den Beamten der Bergwerke usw. schon von den Knappschaftsvereinen auf Grund des Berggesetzes gewährt wurden, nämlich Pensionen für den Fall der Berufsunfähigkeit und Hinterbliebenenrenten. Grundsätzlich sind auch die Beamten der Bergwerke der neuen Reichsversicherung, die sich als Zwangsversicherung darstellt, unterworfen; auf die nach Landesgesetz bestehende knappschaftliche Versicherung ist in dem Reichsgesetze nur insofern Rücksicht genommen, als die §§ 387 und 388 Sondervorschriften über eine erleichterte Durchführung der Versicherung bei Knappschaftsvereinen enthalten." Das AngestVersGes. ist demnach an erster Stelle für die Frage der Versicherungspflicht der Bergbeamten maßgebend, insbesondere für die Frage, ob sie nach dem AngestVersGes. versicherungspflichtig sind oder nicht. Hierfür spricht schon der Umstand, daß in den §§ 387 und 388 des AngestVersGes. Knappschaftsvereine oder Knappschaftskassen als Zuschuß- bezw. Ersatzkassen zugelassen werden können. Eine „Ersatzkasse" ist aber nur denkbar, wenn sie etwas ersetzen soll, nämlich im vorliegenden Falle die Angestelltenversicherung. Voraussetzung dafür aber ist, daß zunächst einmal das AngestVersGes. auf das Rechtsverhältnis des betreffenden Beamten Anwendung findet. **Hierüber kann naturgemäß nur die für die Entscheidung der Streitfragen über die Versicherungspflicht nach dem Angest.-VersGes. berufene Stelle befinden.** Aufgabe der Ersatzkasse ist es lediglich, die Versicherungsanstalt für Angestellte in der Erfüllung ihrer gesetzlichen Leistungsverpflichtungen zu vertreten. Somit kann an der sachlichen Zuständigkeit des Rentenausschusses kein Zweifel bestehen.

Nach den tatsächlichen Feststellungen hatte der Grubenaufseher B. im Betriebe der Arbeitergeberin zur Unterstützung und zur Vertretung des Betriebsführers die Grubenarbeiter zu beaufsichtigen und zu überwachen. Er war auch bei der Bergbehörde als Vertreter des Betriebsführers angemeldet und für die Beachtung der bergpolizeilichen Vorschriften in Abwesenheit des Betriebsführers verantwortlich. In diesem Falle war er auch innerhalb seines Wirkungskreises mit einer gewissen Selbständigkeit sowie mit selbständigen Anordnungs- und Aufsichtsbefugnissen ausgestattet. Wenn der Betriebsführer zugegen war, hatte er ihn in seinen Verrichtungen zu unterstützen. Er hatte insbesondere das rechtzeitige Kommen und Gehen der Arbeiter zu überwachen, hatte das Recht, Unregelmäßigkeiten dem Betriebsführer zur Anzeige zu bringen. Wie der Angestellte ohne Widerspruch der Arbeitgeberin angeführt hat, war er auch dem Betriebsführer gegenüber für die richtige Ausführung aller bergmännischen Arbeiten, welche auf seiner Schicht ausgeführt wurden, verantwortlich. Eine körperliche Tätigkeit oblag ihm nicht.

Unter diesen Umständen ist die Versicherungspflicht des Angestellten zu bejahen. Wenn er auch nur zur Unterstützung des Betriebsführers die Aufsicht auf seiner Schicht führte, so brachte dies doch notwendigerweise für ihn in erheblichem Maße mit Verantwortlichkeit verbundene Aufsichts- und Kontrollbefugnisse über eine Anzahl von Personen mit sich. Dies geht insbesondere daraus hervor, daß er zu persönlicher Mitarbeit nicht verpflichtet war, also seine gesamte Zeit ausschließlich auf Anordnung und Aufsicht zu verwenden hatte. Hierin lag also das Schwergewicht seiner Stellung und dieser Umstand gab ihr das maßgebende Gepräge. Derartige mit Verantwortung für die Arbeit dritter Personen verbundene Aufsichtsbefugnisse stehen aber einem Handarbeiter nicht zu. Nach der ständigen, vom Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung anerkannten Rechtsprechung des Rentenausschusses gehörte der Angestellte somit zu den nach dem AngestVersGes. grundsätzlich versicherungspflichtigen Personen. Es kann dahingestellt bleiben, ob er als Betriebsbeamter oder Werkmeister anzusehen ist. Jedenfalls gehörte er zu den Angestellten in ähnlich gehobener Stellung.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Landesverband der Ortskrankenkassen Hamburgs hat auf dem an sein jetziges Genesungsheim in Reinfeld in Holstein angrenzenden Grundstück ein zweites Genesungsheim errichtet. Der Einladung zur Eröffnungsfeier waren auch Vertreter der Militär- und Zivilbehörden gefolgt. In seiner Begrüßungsrede ging der Vorsitzende des Verbandes, Herr Wagnitz, kurz auf die im Jahre 1912 erfolgte Gründung des Genesungsheims und dessen spätere Entwicklung ein. Bis zum Ausbruch des Krieges sind 1200 Versicherte im Heim verpflegt worden. Im November 1914 ist das Heim der Militärbehörde als Lazarett zur Verfügung gestellt worden; es haben darin bisher 1800 kranke und verwundete Soldaten ihre Genesung und Heilung gefunden. Durch die ausgedehnte eigene Landwirtschaft ist es dem Verbande möglich gewesen, gute und reichliche Verpflegung geben zu können und seien die erzielten Heilerfolge nicht nur von der Militärbehörde, sondern auch von den Pfleglingen selbst stets lobend anerkannt worden. Indem der Vorsitzende in erster Linie Herrn Chefarzt Oberstabsarzt Professor Dr. Pauli für tatkräftige Unterstützung, dann auch dem Hilfs- und Verwaltungspersonal für ihre ersprießliche gemeinsame Tätigkeit im Interesse des Heims, ferner auch der Bevölkerung von Reinfeld für oft bewiesene Unterstützung und nicht zuletzt dem Vaterländischen Frauenverein für die vielen Liebesgaben und Annehmlichkeiten, mit denen die Verwundeten erfreut wurden, dankte, hob er hervor, daß ein wesentlicher Anteil an den bisher erzielten Erfolgen und Dank dafür auch den Soldaten selbst gebühre, die durch ihre freudige Mitarbeit die Entwicklung und den Gang des Betriebes in jeder Weise gefördert und erleichtert haben. Nach weiteren Ansprachen schloß die Feier mit Musik- und Gesangsvorträgen.

Die Ruhegehalts- und Hinterbliebenenversicherung der Krankenkassenangestellten.

Seit Jahren sind Bestrebungen der Krankenkassen und ihrer Angestellten im Gange, den letzteren eine befriedigende Pensions- und Hinterbliebenenfürsorge zu sichern. Im allgemeinen lagen die Schwierigkeiten in den gesetzlichen Bestimmungen, namentlich in dem § 359 Abs. 4 RVO., nach dem die Landesbehörden das Recht haben, den mit Anspruch auf Ruhegehalt angestellten Kassenbeamten die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten zu übertragen. Hiergegen wehren sich sowohl viele Kassenvorstände als auch Angestellte. Man war deshalb darauf bedacht, einen Weg zu finden, der diese Möglichkeit ausschaltet. Die im Jahre 1917 abgehaltene Versammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen beauftragte seinen Vorstand, gemeinsam mit den übrigen Krankenkassenhauptverbänden die Vorarbeiten zu einer Deutschen Ruhegehaltsversicherung für Kassenangestellte zu treffen. Inzwischen kam es zwar zur Gründung der Thüringer Ruhegehaltskasse, doch wurden hierdurch die gedachten Vorarbeiten nicht hinfällig, weil, wenigstens für einige Bundesstaaten, wie Preußen, die Mitgliedschaft einer Krankenkasse bei der Thüringer Kasse die Übertragung der Pflichten öffentlicher Beamten auf die Angestellten der Krankenkasse zur Folge hat und damit noch Raum für eine anders gestaltete Versicherung vorhanden ist. Der Hauptverband der OKK. berief die Versammlung zur Gründung seiner Ruhegehaltskasse auf den 1. Juli 1918 nach Weimar ein. Tags vorher hatte die Beiratssitzung des Hauptverbandes, über die wir an anderer Stelle berichten, seine Zustimmung zu der Errichtung der Kasse gegeben, die den Namen „Versicherungsverein Deutscher Krankenkassen" führen soll.

Die Gründungsversammlung selbst war von 88 Vertretern von 76 Krankenkassen mit 1 680 105 Mitgliedern und 1898 zu versichernden Angestellten besucht. Über den vorliegenden Satzungsentwurf sprach Geschäftsführer Lehmann (Dresden). Die obersten Reichsbehörden und der preußische Handelsminister stünden der Errichtung wohlwollend gegenüber. Letzterer habe ausdrücklich die Erklärung abgegeben, daß eine Versicherung nach den vorgelegten Grundsätzen nicht als ruhegehaltsberechtigte Anstellung nach § 359 RVO. anzusehen sei. Bauer (Allgem. OKK. Berlin) sah in der Erklärung des Ministers keine ausreichende Bürgschaft für die Nichtanwendung des § 359 Abs. 4 RVO. Er beantrage deshalb Vertagung der Beratung. Dem wurde von Fräßdorf und Giebel (Vorsitzender des Verbandes der Bureauangestellten) widersprochen. Das Inslebentreten der Kasse sei natürlich abhängig von der Nichtanwendung der erwähnten Bestimmung.

Die Beratung der Satzung ging schnell vonstatten. Diese hält daran fest, daß die invaliden- oder angestelltenversicherungspflichtigen Angestellten weiter nach der Reichsversicherungsordnung oder dem Versicherungsgesetz für Angestellte versichert werden. Die Satzung schafft drei Gruppen von Versicherten, die (oder deren Hinterbliebene) Renten erhalten, die gegebenenfalls zusammen mit den Bezügen aus der Invaliden- oder Angestelltenversicherung so hoch sind, daß sie den Pensionen der staatlichen Beamten gleichkommen. Der Anspruch richtet sich lediglich gegen die Pensionskasse, nicht gegen die einzelne Krankenkasse.

Beiträge und Leistungen sind nach Gehaltsklassen bemessen, deren Grundgehälter von 450 bis 9000 ℳ steigen. Die Beiträge betragen 7 v. H. für Gruppe I (Invalidenversicherungspflichtige), 4½ v. H. und 6 v. H. für Gruppe II (Angestelltenversicherungspflichtige und solche, die das nicht mehr sind) und 9 v. H. in Gruppe III (ruhegehaltsberechtigte Beamte). Die Leistungen sind je nach der Zugehörigkeit zu diesen Gruppen verschieden. Der Zuschuß zur Invaliden- und Altersrente beträgt z. B. für Gruppe I nach 60 Beitragsmonaten 13 v. H. des durchschnittlich versichert gewesenen Grundgehalts, der bis auf 55 v. H. nach 408 Beitragsmonaten steigt. In Gruppe II beträgt der Zuschuß zum Ruhegeld der Angestelltenversicherung nach 60 Beitragsmonaten 16 v. H. Für Gruppe III beträgt das Ruhegehalt nach 60 Beitragsmonaten 25 v. H. und nach 420 Beitragsmonaten 75 v. H. des zuletzt bezogenen Grundgehalts. Die Witwenrente beträgt in Gruppe I nach 60 Beitragsmonaten 100 v. H. des Zuschusses zur Invalidenrente, den der Versicherte bezog oder bezogen hätte. In Gruppe II beträgt der Zuschuß zur Witwenrente zunächst 68 v. H., in Gruppe III 60 v. H. In allen Gruppen sinkt bei mehr Beitragsmonaten der Zuschuß; der Ausgleich wird durch das Steigen des Rentensatzes des Versicherten geschaffen. Die Waisenrente beträgt in Gruppe I 15 v. H., bei Doppelwaisen 25 v. H. des jeweiligen Zuschusses

zur Witwenrente, in Gruppe II 30 bzw. 33⅓ v. H. und in Gruppe III 25 bzw. 33⅓ v. H.

Die **Weiterversicherung** ist allen Angestellten gestattet, die ihre Stellung aufgeben. Die Beiträge können in diesem Falle der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit angepaßt werden. Der Übertritt in eine niedere Beitragsklasse ist gestattet. Voraussetzung für die Versicherung ist im übrigen die Beschäftigung im Hauptberuf gegen Entgelt in einer Krankenkasse, ferner, daß die so Beschäftigten noch nicht das 60. Lebensjahr vollendet und noch nicht berufsunfähig sind. Auf die Art der Krankenkasse kommt es nicht an. Zurückliegende Dienstjahre können unter gewissen Voraussetzungen nachversichert werden, auch können Teilversicherungen aufgenommen werden. Zur Entscheidung von Streitigkeiten ist ein Schiedsgericht vorgesehen.

Die Wahlen zum Vorstand ergaben die Wahl der Herren A. **Bendig** (Zentralkommission der Krankenkassen Berlins) zum Vorsitzenden, **Morgenstern** (Allgem. OKK. Berlin), zum Stellvertreter, Stadtrat **Ahrens** (Allgem. OKK. Charlottenburg) zum Schatzmeister. Weiter wurden noch zwei Beisitzer gewählt. Zum Vorsitzenden des Aufsichtsrates wurden Kassenvorsitzender Emil **Böske** (Gewerkskrankenverein Berlin) gewählt. Die Wahlen gelten nur als vorläufige bis zur nächsten ordentlichen Generalversammlung.

Der **Sitz** des Versicherungsvereins ist **Berlin**, doch wurde die Führung der Geschäfte **einstweilen** dem Geschäftsführer des Hauptverbandes, **Lehmann**-Dresden, übertragen. Sobald die Satzung vom Aufsichtsamt genehmigt ist, tritt die Kasse ins Leben, voraussichtlich am 1. Oktober 1918 oder 1. Januar 1919. Bisher haben durch schriftliche Erklärung 113 Kassen mit 1 201 511 Mitgliedern und 1068 zu versichernden Angestellten den Beitritt zu dem Versicherungsverein erklärt.

Aus dem Berichte der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (1917).

Der kürzlich ausgegebene Bericht des Direktoriums der RVAnst. f. Angest. über das Geschäftsjahr 1917 umfaßt nicht nur die Tätigkeit der Versicherungsanstalt selbst, sondern auch der ihr zugehörigen Spruchbehörden (Rentenausschuß und Oberschiedsgericht). Der Bericht ist reich an interessanten Mitteilungen über den Dienstbetrieb und an statistischem Material. Einiges, was unsere Leser besonders interessieren dürfte, teilen wir hier mit.

Im Berichtsjahre traten gewisse **Bestrebungen zur Verschmelzung der Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung** stärker hervor. Nachdem sie der Verwaltungsrat am 8. Mai durch eine nachdrückliche Kundgebung bereits zurückgewiesen hatte, ließen auch die Ortsausschüsse es sich nicht nehmen, in nahezu immer einstimmig gefaßten Entschließungen der Arbeitgeber- und der Angestelltenvertreter, mit ganz seltenen Ausnahmen, gegen alle Verschmelzungspläne Stellung zu nehmen. Eine wirksame Stütze boten den Vertrauensmännern für die günstige Meinung, die sie sich trotz der eine so weittragende und dabei noch junge soziale Neuschöpfung besonders schwer treffenden Wirkungen des Kriegsausbruchs offenbar von ihrer Versicherung gebildet hatten, eine Abwehrschrift der bekannten, an den Vorarbeiten zum V. G. f. A. verdienstvoll beteiligten Siebenerkommission des Hauptausschusses der Angestelltenverbände sowie die in der RVAnst. f. Angest. bearbeitete Denkschrift über die Angliederung der Angestelltenversicherung an die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach dem IV. Buche der Reichsversicherungsordnung. Hervorgehoben zu werden verdient schließlich, daß auch die maßgebenden Organisationen der Arbeitgeber, soweit sie sich vor dem Jahresschlusse schon zu der Frage geäußert haben, den ablehnenden Standpunkt der Angestellten vollkommen teilen.

Hinsichtlich der **Versicherungspflicht** nahm auch in diesem Berichtsjahre die Behandlung der durch den Krieg geschaffenen besonderen Verhältnisse einen breiten Raum ein. Im Vordergrunde stand die Auslegung der Bundesratsverordnung vom 30. September 1916 (ArbVers. S. 711), die eine außerordentlich praktische Bedeutung erlangt hat. Sie erfaßt, wie das Oberschiedsgericht in Bestätigung der Rechtsübung der RVAnst. entschieden hat, nicht nur die Fälle, in denen vor und nach dem Kriege überhaupt keine versicherungspflichtige Tätigkeit in Betracht kommt, sondern auch solche, in denen ein Handarbeiter nur für die Dauer des Krieges in eine Werkmeisterstellung einrückt und nach dem Kriege voraussichtlich wieder zur Handarbeitertätigkeit zurückkehrt. Auch im übrigen sind die hauptsächlichen Zweifelsfragen aus der Bundesratsverordnung höchstinstanzlich geklärt. Vor allem ist der Begriff der an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung im Sinne der Verordnung Gegenstand wiederholter Entscheidung gewesen. Das Oberschiedsgericht rechnet in ständiger Rechtsprechung hierunter nicht eine im Ausland ausgeübte Tätigkeit, die nicht tatsächlich versicherungspflichtig war. Ferner hat es eine nach § 6 V. G. f. A. versicherungsfreie Tätigkeit unter Ehegatten nicht für an sich versicherungspflichtig erklärt. Dagegen zählt es unter die an sich versicherungspflichtige Beschäftigung auch eine Tätigkeit, die ihrer Art nach unter § 1 a. a. O. fällt, aber wegen Vorliegens der besonderen Voraussetzungen des § 9 a. a. O. (Gewährleistung von Anwartschaften) versicherungsfrei ist. Eine grundlegende neuere Entscheidung hat auch Stellung dazu genommen, unter welchen Voraussetzungen im Sinne der Verordnung voraussichtlich nach dem Kriege keine an sich versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird. Die gesamten wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse des Angestellten sollen hierbei den Ausschlag geben, so daß also die einseitig geäußerte Absicht des Versicherten für sich allein noch nicht unter allen Umständen zugrunde zu legen ist.

Auch die Bundesratsverordnung vom 26. August 1915 über die Angestelltenversicherung im Kriege (ArbVers. S. 643) hat noch weitere Zweifel gebracht, die teilweise ebenfalls nunmehr höchstrichterlich entschieden sind. Im Sinne der bisherigen Rechtsübung und im Einklange mit dem Erlasse des Preußischen Kriegsministeriums vom 17. Mai 1916 („AngestVers." 1916 S. 259, Armeeverordnungsblatt Nr. 330 S. 216) erachtet das Oberschiedsgericht die bürgerliche Beschäftigung beurlaubter Militärpersonen als nichtmilitärische Tätigkeit für versicherungspflichtig, sobald die sonstigen Voraussetzungen nach dem V. G. f. A. für die Versicherungspflicht gegeben sind. Ebenso gilt nicht als Kriegsdienst die Tätigkeit eines Bauingenieurs, der bei einer Fortifikation auf Privatdienstvertrag gegen einen zwischen 20 und 12 ℳ wechselnden Tagesentgelt beschäftigt ist („AngestVers." 1917 S. 216). Die Entscheidung erklärt, daß unter den Begriff der Kriegsdienste nicht Verrichtungen fallen, die auf der Grundlage des Privatrechts geleistet werden, und daß auch zu den ähnlichen Diensten nicht Tätigkeiten gehören, die auf Grund eines Privatdienstvertrags unentgeltlich geleistet werden...

Die schon im vorjährigen Geschäftsberichte mitgeteilte Schwierigkeit der Feststellung der Versiche-

rungspflicht für die verschiedenartigsten Berufe in der Textilindustrie, wie z. B. Stuhlmeister, Spinnmeister, hat auch weiterhin eine Fülle von Entscheidungen und Bescheiden hierüber gebracht. Die Mannigfaltigkeit des praktischen Lebens zeigt sich gerade hier, daß trotz Aufstellung der großen Richtlinien doch immer noch im Einzelfalle, ohne genaue Feststellung aller tatsächlichen Umstände und ohne Abwägung der Besonderheiten des Einzelfalles, keine Stellungnahme möglich ist, und demgemäß die Rechtsübung sich fortgesetzt vor Zweifel gestellt sieht. Die Frage, ob und wann die gehobene Eigenschaft von *Krankenkassenangestellten* gegeben ist, bildete den Gegenstand mehrfacher Erörterungen. Eine vollständig abschließende Stellung der Instanzen ist noch nicht gegeben...

Es ist ein in Kreisen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber anscheinend verbreiteter *Irrtum, daß die Anzahl der Versicherten festzustellen eine einfache und leichte Aufgabe sei.* Das ist sie aber keineswegs. Es ist zu bedenken, daß die Anzahl sich durch Zu- und Abgang fortwährend ändert. Die Ermittlung des Versichertenbestandes muß daher einen festen Zeitpunkt (Stichtag) ins Auge fassen. Als solchen Tag nimmt man aus gesetzlichen Gründen am besten den Beginn eines Kalenderjahrs. Wer ist sodann Versicherter im Sinne des V. G. f. A.? Er muß zunächst versicherungspflichtig beschäftigt oder zur freiwilligen Versicherung berechtigt sein. Die Fälle, in denen hierüber für den Zeitpunkt der Zählung Streit besteht, hemmen bis zu ihrer Entscheidung die endgültige Feststellung des Ergebnisses der Zählung. Weiter muß der Versicherungspflichtige oder Versicherungsberechtigte durch Zahlung der Beiträge oder der Anerkennungsgebühr oder durch Nachweis von Ersatztatsachen am Stichtage seine Anwartschaft aufrechterhalten haben. An diesem Tage zählen unzweifelhaft zu den Versicherten alle Personen, für welche die Beitragsleistung auf dem laufenden ist oder die Anwartschaft fortbesteht. Im übrigen würde erst der endgültige Ablauf aller Fristen für die Nachzahlung rückständiger Beiträge oder der Anerkennungsgebühr abzuwarten sein. Das wären gemäß den Fristbestimmungen des Gesetzes schon unter gewöhnlichen Verhältnissen mindestens 4 Jahre nach dem Zähltage, ehe die Zählung vollständig sein könnte; durch Kriegsverordnungen sind aber die Fristen noch verlängert. Eine genaue Ermittlung der Zahl der Versicherten für einen der Gegenwart näherliegenden Zeitpunkt, etwa für den Schluß des jeweils abgelaufenen Geschäftsjahrs, erscheint danach aussichtslos. Nur für einen genügend weit zurückliegenden Zeitpunkt gestatten die gesetzlichen Bestimmungen über das Erlöschen und Wiederaufleben der Anwartschaften und die Verjährung der Beiträge genaue Ermittlungen über den Versichertenbestand. In diesem Falle bietet dann allerdings gerade die Kontenführung der RV.-Anst. f. Angest. denkbar größte Gewähr für Zuverlässigkeit. Für einen neueren Zeitpunkt hingegen würde man sich im allgemeinen auf jene Versicherten beschränken müssen, deren Beiträge auf dem laufenden sind — eine unter Kriegsverhältnissen offensichtlich unzureichende Grundlage.

Die Abweichung der Zahl der Versicherten, für die Beiträge im Jahre 1917 entrichtet sind, von der Zahl der Personen, für die seit Mitte 1912 bis Ende 1917 Aufnahmekarten eingereicht wurden, findet in den vorstehenden Darlegungen ihre Erklärung.

Im Juli 1917 fanden Beratungen zwischen der RVAnst. f. Angest. und Vertretern der Hauptverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen statt, welche ein engeres *Zusammenarbeiten mit den Krankenkassen auf dem Gebiete der Heilfürsorge* zum Gegenstande hatten. Sie führten zu dem Abschluß eines Abkommens, das neben der Erzielung geschäftlicher Erleichterungen für beide Versicherungsträger eine wesentliche Förderung der Interessen der diesen angehörenden Versicherten bedeutet.

Das mit dem 1. Oktober 1917 in Kraft getretene Abkommen betrifft im wesentlichen folgende Punkte:

1. Erleichterung des Geschäftsverkehrs der Krankenkassen bei Gewährung von Krankengeld durch Benachrichtigung von dem Eingange der Heilverfahrensanträge bezw. der Bewilligung von Heilverfahren.
2. Gemeinsame Maßnahmen bei Anträgen auf Beschaffung von Zahnersatz.
3. Beteiligung der Krankenkassen an den durch die Behandlung akuter Erkrankungen während des Heilverfahrens entstehenden Kosten.

Von besonderer Bedeutung sind die Vereinbarungen zu Nr. 2 insofern, als sie eine völlige Neuregelung der bisherigen geschäftlichen Erledigung der Anträge auf dem Gebiete des Zahnersatzes vorsehen, soweit es sich um Antragsteller handelt, welche Mitglied einer Krankenkasse oder Ersatzkasse sind. Anträge solcher Versicherten auf Gewährung eines Zuschusses zum Zahnersatze sind nicht mehr, wie bisher, bei der RVAnst. f. Angest., sondern bei den zuständigen Krankenkassen einzureichen, denen auch die weitere Bearbeitung der Sachen bis zur Fertigstellung des Zahnersatzes obliegt. Die gegenseitige Verrechnung erfolgt in vierteljährlichen Zeitabschnitten.

Nachträglich angeschlossen hat sich diesem Abkommen namens der von ihm vertretenen Kassen der Verband der Betriebskrankenkassen der Königlich Württembergischen Verkehrsanstalten. Beitrittsverhandlungen mit anderen Organisationen schweben noch.

Das zwischen der RVAnst. f. Angest. und den Trägern der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung abgeschlossene Abkommen über die gegenseitige Zuschußgewährung bei Heilverfahren Doppeltversicherter ist im Berichtsjahre von der Norddeutschen Knappschafts-Pensionskasse gekündigt worden, es besteht nunmehr noch mit den Landesversicherungsanstalten Westpreußen, Pommern, Mecklenburg, Baden, Thüringen, Elsaß-Lothringen, Ober-Bayern und Ober-Franken.

Nach dem Ergebnis der gegenseitigen Abrechnungen des Jahres 1916 sind in diesem Jahre bei der RVAnst. f. Angest. 1456, bei den Trägern der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung 782 Heilverfahrensanträge von Doppeltversicherten gestellt worden. Ebenso wie in den Vorjahren wandten sich also auch im Jahre 1916 annähernd doppelt soviel Versicherte wegen ihres Heilverfahrens an die RVAnst. f. Angest. als an die Träger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung.

Die Arbeiterversicherung in den neuen Oststaaten und auf dem Balkan.

Hierüber enthält die „Soziale Praxis" (Nr. 41 v. 11. Juli 1918) folgende Ausführungen von Regierungsrat Karl Kögler in Wien: Die Arbeiterversicherung ist allmählich entstanden. Die Kranken- und Unfallversicherung wurde bedeutend früher eingeführt als die Invaliden- und Alters- sowie die Hinterbliebenenversicherung; vielfach blieb es bisher bei den ersterwähnten beiden Zweigen und harren die letztgenannten noch der Verwirklichung, trotzdem ihnen gleiche Wichtigkeit zukommt. Diese stückweise Errichtung des Versicherungsgebäudes hatte schwere

Schäden zur Folge. Die Unfall- bzw. Haftpflichtversicherung beschränkte man zunächst auf die vermeintlich gefährlichsten Betriebe. Wenn auch im Deutschen Reich der Ausbau dieses Versicherungszweiges rasch erfolgte und die Invalidenversicherung bald nachkam, so wirkte doch die abgesonderte und zeitlich vorangegangene Einführung der Unfallversicherung in den übrigen Staaten dahin, daß der gleiche Vorgang eingehalten und nirgends an die Durchführung der gesamten Arbeiterversicherung aus einem Guß herangetreten wurde. Zumeist wurde der Versicherungskreis für die einzelnen Versicherungszweige wesentlich verschieden abgegrenzt, obwohl das Versicherungsbedürfnis mindestens für die Dauerunterstützung gewährende Invaliden- und Unfallversicherung nebst der Hinterbliebenenfürsorge im allgemeinen gleich und die Unfallversicherung eine Unterart der Invalidenversicherung ist, die nur hinsichtlich des Fortfalles der Wartezeit und betreffs der Voraussetzung des Anspruchs auf Entschädigung und ihrer Bemessung von der Invalidenversicherung abweichend behandelt werden muß. Ersteres deshalb, weil die Unfallgefahr im Versicherungsbeginne ebenso, oft sogar wegen mangelnder Übung und aus anderen Ursachen in noch höherem Maße besteht als nach längerer Versicherungsdauer. Noch ein Nachteil der stückweisen Regelung der Arbeiterversicherung verdient hervorgehoben zu werden: Die Zersplitterung der Organisation, daher die Verteuerung der Verwaltung und die Verlangsamung in der Feststellung der Entschädigung, sowie die Belastung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer mit größerer Mühewaltung und Zeitversäumnis. Die Vielheit der Krankenkassenarten nebeneinander und die Verschiedenheit der Verwaltungsorgane für die Unfall- und Invalidenversicherung sind ein immer wieder, leider vergebens beklagter Übelstand.

Die Arbeiterversicherung ist für die breiten Schichten der Bevölkerung bestimmt, weshalb sie dem Volke verständlich geregelt werden muß. Es entsteht also die weitere Forderung, daß die gesetzlichen Vorschriften klar und einfach sind. Daß dies jetzt allseits der Fall ist, kann leider nicht behauptet werden.

Die neuen Oststaaten, welche an die Stelle des Zarenreiches treten, sind, wenn von Finnland abgesehen wird, hinsichtlich der Arbeiterversicherung Neuland, denn wenn auch die Kranken- und Unfallversicherung in Rußland zum 1. Januar 1913 wirksam werden sollte, so ist ihre Einführung vor dem Kriege sicherlich nicht über die bescheidensten Anfänge hinaus gediehen. Ein gleiches gilt von den Balkanstaaten, mit Ausnahme von Rumänien. Serbien besaß zwar eine Kranken- und Unfallversicherung auf Grund eines Gesetzes aus dem Jahre 1910, doch kann füglich angenommen werden, daß eine Versicherung nach diesen Vorschriften jetzt nicht besteht. Der ganze Osten von Europa ist also mit wenig Ausnahmen tatsächlich ohne Arbeiterversicherung. Daher kann hier von Grund aus unter Verwertung aller anderwärts gewonnenen Erfahrungen unter Anpassung an die länderweisen Erfordernisse neu aufgebaut und dieser Art Gutes geschaffen werden. Man hüte sich vor stückweiser Aufrichtung der Arbeiterversicherung, sowohl was ihre einzelnen Zweige, wie auch was den Kreis der Versicherungspflicht anbelangt. Glaubt man die Gesamtheit der Arbeiterversicherung nicht auf einmal einführen zu können, sei es aus Bedenken wirtschaftlicher Art, sei es deshalb, weil es die allgemeinen Verhältnisse noch nicht gestatten, so mache man mit der Krankenversicherung als der Grundlage der Arbeiterversicherung den Anfang; dann aber muß diese so eingerichtet und organisiert werden, daß die Invalidenversicherung mit der Unfallversicherung als Unterart, sowie die Hinterbliebenenversorgung ohne Schwierigkeit angeschlossen werden können. Der Versicherungskreis muß im weitesten Umfange gezogen werden und alle im Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisse Stehenden umfassen; bei der Krankenversicherung könnten nur die hochbezahlten Angestellten und hinsichtlich der Invalidenversicherung die Invaliden und die über einem Grenzalter Stehenden sowie die anderwärts Pensionsberechtigten ausgenommen werden. Jede Halbheit führt später zu argen Erschwernissen und in der Regel zu unbefriedigender Abänderung.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Ausführungen, ein Programm für die Arbeiterversicherung und deren Organisation zu entwickeln, ihr Zweck ist nur, vor stückweiser, die Durchführung der Arbeiterversicherung erschwerenden Lösung dieser für die Wirtschafts- und Kulturentwicklung der erwähnten Staaten und für ihre Volksgesundheit wichtigen Fragen zu warnen. Die baldige Durchführung der Arbeiterversicherung auf gesunder Grundlage ist ebenso notwendig im Interesse der Bevölkerung, wie auch des sozialen Friedens und der Annäherung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, wobei die Zusammenarbeit beider in der Verwaltung der öffentlichen Versicherung von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Gute und volle Arbeit, dann wird das Werk den Meister loben!

Realkreditgewährung durch die Berufsgenossenschaften.

Der vom Reichstag eingesetzte „Wohnungsausschuß" fordert in seinen Beschlüssen (Reichstagsdrucksache Nr. 1492) dazu auf: „Die Versicherungsträger (Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Berufsgenossenschaften) sowie die öffentlichen Sparkassen sollen ihre verfügbaren Bestände möglichst in Darlehen auf Kleinwohnungsbauten zu mäßigem Zinsfuß anlegen." Auch aus Aussprüchen von Regierungsvertretern ergibt sich, daß die öffentlichen Körperschaften durch Flüssigmachung von Geldern das Wohnungswesen fördern sollen.

Das Kaiserliche Statistische Amt hat durch eine Umfrage bei den Berufsgenossenschaften die von diesen ausgegebenen Hypothekendarlehen ermittelt und in einer Übersicht zusammengestellt (Sonderbeilage zum Reichsarbeitsblatt Juni 1918). Die 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften verfügten Ende 1915 über ein Vermögen von 172 Millionen Mark, die 49 landwirtschaftlichen über ein solches von 45 Millionen Mark. Für die Beurteilung der Frage, welche Summe für eine hypothekarische Anlage überhaupt in Frage kommt, handelt es sich lediglich um die Rücklagen. Diese beliefen sich bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften auf 356 Millionen Mark, bei den landwirtschaftlichen auf 25 Millionen Mark. Die Genossenschaften können ohne Gefährdung ihrer eigentlichen Aufgaben etwa ein Drittel ihrer Rücklagen in Hypotheken anlegen. Es hätte demnach erwartet werden können, daß die Genossenschaften etwa 120 bzw. 8 Millionen Mark in Hypotheken angelegt haben.

Es ergibt sich jedoch, daß von den 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften nur 26 mit einer Rücklage von insgesamt 239 Millionen Mark zusammen lediglich 40 Millionen Mark in Hypotheken festgelegt hatten. Es sind dies 16,6 v. H. der Rücklagen der beteiligten Berufsgenossenschaften und 11,3 v. H. der Rücklagen aller Berufsgenossenschaften. Von den

49 landwirtschaftlichen Genossenschaften hatten nur 5 mit einer Rücklage von insgesamt 3,4 Millionen Mark etwa 1,9 Millionen Mark Hypothekendarlehen gewährt. Es sind dies zwar 55,2 v. H. der Rücklagen der beteiligten Berufsgenossenschaften, jedoch nur 7,4 v. H. der Rücklagen aller landwirtschaftlicher Berufsgenossenschaften. Das Ergebnis bleibt daher hinter den möglichen Grenzen für die hypothekarische Anlage weit zurück. Es ist aber auch gegenüber dem Vorjahr eine Abnahme eingetreten.

Von den einzelnen Genossenschaften steht an erster Stelle die Tiefbau-BG. mit 7,5 Millionen Mark. Es folgt die Nordöstliche Baugewerks-BG. mit 6, die rheinisch-westfälische Baugewerks-BG. mit 5,3, die Norddeutsche Holz-BG. mit 4,5, die Hamburgische Baugewerks-BG. mit 3,4, die Ziegelei-BG. mit 2,5, die Steinbruchs-BG. mit 1,4 Millionen Mark usw. Eine Betrachtung des Verhältnisses dieser Anlage zum Vermögen der einzelnen Genossenschaften ergibt folgendes: Es hatten von je 100 *M* der Rücklage hypothekarisch angelegt die Hamburgische Baugewerks-BG. 69,3 *M*, Rheinisch-Westfälische Baugewerks-BG. 60,4 *M*, Nordöstliche Baugewerks-BG. 44,6 *M*, Sächsische Holz-BG. 43,8 *M*, Norddeutsche Holz-BG. 39,6 *M*, Ziegelei-BG. 35,5 *M*, Hessen-Nassauische Baugewerks-BG. 23,6 *M*, Bayerische Baugewerks-BG. 22,4 *M*, Thüringische Baugewerks-BG. 18,3 *M*, Schlesisch-Posensche Baugewerks-BG. 16,4 *M*, Sächsische Baugewerks-BG. 14,4 *M*, Schlesische Textil-BG. 14,3 *M* usw. Man sieht, daß das Baugewerbe erklärlicherweise das größte Verständnis für die Frage zeigte. Von den oben erwähnten 5 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften steht die Hamburgische mit 76,4 *M* obenan, es folgt die Badische mit 66,0 *M*, Anhaltische mit 33,3 *M*, Schleswig-Holsteinsche mit 26,1 *M*, Oberpfälzer mit 22,7 *M*. Das Kaiserliche Statistische Amt ist der Meinung, daß die Geldmittel der Berufsgenossenschaften dem Bau-Kreditmarkt in stärkerem Umfange als bisher nutzbar gemacht werden könnten.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Gewährung der von der Kasse abgelehnten Anstaltspflege durch den Armenverband.

1. **Nach Dresden.** Antwort: Wenn die Versicherte mit dem Krankengeld von 1,25 *M* täglich ihren Unterhalt nicht bestreiten konnte, was unter den jetzigen Verhältnissen durchaus glaubhaft ist, so war sie hilfsbedürftig. Dann mußte es aber auch der Gemeinde überlassen bleiben, in welcher Form sie die Armenunterstützung gewähren wollte. Sie hätte allerdings es der Krankenkasse überlassen können, Krankenpflege und Krankengeld zu gewähren, und selbst nur den noch erforderlichen Zuschuß in barem Geld zahlen könnnen. Es war der Gemeinde aber unbenommen, wie sie es tat, selbst die Versicherte in einem Krankenhause unterzubringen, wo diese Krankenpflege und Unterhalt erhielt, nachdem die Kasse die Anstaltspflege abgelehnt hatte; die Gemeinde hatte das Recht dazu, auch wenn die Art der Krankheit an sich nicht unbedingt die Unterbringung in einem Krankenhause erforderte. Entschied sie sich nun für die Anstaltspflege, so hat sie von der Kasse Erstattung der Kosten gemäß §§ 1531 ff. RVO. zu beanspruchen. Wir treten also der Ansicht des Armenverbandes bei.

Beihilfe des Gemeindeverbandes zur Deckung eines Fehlbetrags nach § 2 Ges. v. 4. 8. 14.

2. **Nach Potschappel.** Antwort: Wir haben in der Auskunft im Heft 20 S. 399 Ziff. 5 bemerkt, daß die Beihilfe nur die Regelleistungen und Verwaltungskosten, also nicht auch die Rücklage decken helfen soll. Damit ist ausgedrückt, daß die Kasse die Beihilfe nicht beanspruchen kann, solange sie die Regelleistungen und Verwaltungskosten noch aus der Rücklage bestreiten kann. Diese ist ja doch für Fälle außerordentlichen Bedarfs bestimmt und muß daher zunächst angegriffen werden. Die Voraussetzung für die Beihilfepflicht muß die Kasse dem Gemeindeverband, wenn sie ihn in Anspruch nimmt, darlegen. Lehnt der Verband die Beihilfe ab, so muß er auf Anrufen der Kasse durch seine Aufsichtsbehörde zur Leistung der Beihilfe angehalten werden. Den Versicherungsbehörden steht eine Befugnis zur Entscheidung von Streit hierüber nicht zu, da es im Gesetz an einer zutreffenden Vorschrift fehlt.

Ausschluß eines Organmitgliedes von der Beratung wegen des Privatinteresses eines Angehörigen.

3. **Nach Harzburg.** Antwort: Der Schwiegervater des Rechnungsführers muß sich als Vorstandsmitglied nach § 23 Abs. 3 RVO. der Beratung und Abstimmung enthalten und sich aus dem Sitzungszimmer entfernen, wenn es sich um die Bewilligung einer Teuerungszulage für den Geschäftsführer — allein oder für die Angestellten im allgemeinen, also zugleich auch für den Geschäftsführer — handelt. Nur wenn die Frage hinsichtlich des Geschäftsführers besonders erledigt ist, steht der Teilnahme seines Schwiegervaters an der Beratung hinsichtlich der übrigen Angestellten nichts entgegen.

Zur Krankenversicherung der in der Landwirtschaft beschäftigten Großstadtkinder.

4. **Nach Schlawe.** Antwort: Großstadtkinder, die während des Sommers in der Landwirtschaft tätig sind, üben eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung aus, wenn sie dafür freien Unterhalt und eine kleine Vergütung erhalten. Doch sind schulpflichtige Kinder versicherungsfrei, wenn die Dienstleistungen im Laufe eines Kalenderjahres auf bestimmte Jahreszeiten und höchstens acht Wochen oder zusammen auf höchstens vierzehn Tage nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegen oder im Voraus durch den

Arbeitsvertrag beschränkt sind (vgl. Bekanntmachung vom 17. November 1913 in ArbVers. 1913 S. 849). Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht gemäß § 418 RVO. gilt nur für diejenigen, die in dem Antrag des Arbeitgebers besonders genannt sind (RVA. in ArbVers. 1918 S. 28). Daher erstreckt sie sich nicht auf diejenigen, die später in Dienst genommen werden (Hahn, ArbVers. 1917 S. 413 f.). Für diese ist daher ein besonderer Befreiungsantrag zu stellen. Geschieht das nicht, so ist die Kasse zum Widerruf der Befreiung berechtigt (RVA. in Arb.-Vers. 1917 S. 435).

a) Mehrkosten für Pflege in einer höheren Krankenhausklasse. b) Versagung der Familienpflege wegen Nichtzahlung der Zusatzbeiträge.

5. **Nach Buer.** Antwort: a) Die Entscheidung in ArbVers. 1918 Heft 13 S. 250 ist ganz unbedenklich. Sie ist auch dann zutreffend, wenn nach dem Tarif des Krankenhauses für die Pflege in einer höheren Klasse nicht ein höherer Pflegesatz festgesetzt, sondern bestimmt ist, daß in dieser Klasse die Arzt- und Heilmittelkosten besonders berechnet werden, während sie in der niederen Klasse im Pflegesatz mit enthalten sind. Denn auch in diesem Falle sind diese besonderen Kosten nichts anderes als ein Mehrbetrag an Krankenhauspflegekosten, der nur dadurch entsteht, daß der Versicherte sich durch die Wahl der höheren Verpflegungsklasse eine Sonderleistung über dasjenige hinaus verschafft, was die Kasse ihm zu gewähren verpflichtet ist. Da die Kasse auch bei der Krankenhauspflege nur das Notwendige zu gewähren hat, genügt sie ihrer Pflicht regelmäßig dadurch, daß sie die Kosten der niedersten Klasse übernimmt. Eine gesetzliche Handhabe gegen jene Tarifbestimmung des Krankenhauses vorzugehen, ist der Kasse nicht gegeben. Sie kann höchstens bei der vorgesetzten Behörde in dem Sinne vorstellig werden, daß in der höheren Pflegeklasse der Pflegesatz erhöht, dafür aber die gesonderte Bezahlung der Arzt- und Heilmittelkosten abgeschafft werden möge.

b) Die Satzung der Krankenkasse kann die Gewährung der Familienhilfe von der Zahlung von Zusatzbeiträgen abhängig machen (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1914 S. 209). Fehlt eine solche Bestimmung, so hat die Kasse nicht das Recht, die satzungsmäßigen Leistungen an Familienhilfe zu versagen, weil Zusatzbeiträge rückständig sind; sie kann nur diese Beiträge beitreiben.

Verjährung der Ärzteforderungen während des Krieges.

6. **Nach Z.** Antwort: Unter normalen Verhältnissen würden die Forderungen der Ärzte und Zahnärzte aus dem Jahre 1914 mit Ende 1916 verjährt gewesen sein. Aber durch Bundesratsverordnungen ist die Verjährungsfrist wiederholt verlängert worden, beim letzten Male derart, daß die Verjährung nicht vor Ende 1918 eintritt. Voraussichtlich dürfte aber die Frist abermals verlängert werden (vgl. Arb.-Vers. 1917 S. 796). Die Kasse muß also eine an sich begründete Forderung des Zahnarztes für Behandlung im Jahre 1914 noch heute bezahlen.

Form der schriftlichen Abstimmung des Vorstandes.

7. **Nach Lübbecke.** Frage: In einer Vorstandssitzung unserer Kasse wurde beschlossen, den Rechnungsführer nach § 359 RVO. anzustellen. Die Sitzung war nicht beschlußfähig, jedoch hat sich die Mehrheit der Vorstandsmitglieder mit dem Protokoll einverstanden erklärt und nachträglich das Protokoll unterschrieben. Wir bitten um Ihre Ansicht, ob der Beschluß gültig ist.

Antwort: In der Sitzung ist allerdings ein gültiger Beschluß nicht zustande gekommen, weil eine beschlußfähige Anzahl von Mitgliedern nicht anwesend war. Aber der Vorstand kann in eiligen Fällen auch schriftlich abstimmen (§ 7 RVO.), und man wird annehmen können, daß der Vorsitzende, dessen pflichtmäßigem Ermessen die Herbeiführung einer solchen Abstimmung überlassen ist (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. zu § 7), hiervon im vorliegenden Falle einen zwar ungewöhnlichen, aber doch nicht unzulässigen Gebrauch gemacht hat, wenn er die ausgebliebenen Vorstandsmitglieder zur Unterzeichnung des Beschlusses eingeladen hat, wenn ferner kein Zweifel besteht, daß die schon in der beschlußunfähigen Sitzung abgegebenen Erklärungen aufrechterhalten sind und wenn hiernach die Mehrheit des Vorstandes schriftlich zugestimmt hat. Unter diesen Voraussetzungen halten wir den Beschluß für gültig.

Ersatzanspruch des Arbeitgebers gegen die Krankenkasse wegen geleisteter Krankenhilfe?

8. **Nach A.** Frage: Der Arbeitgeber S. hat seine ausländischen Schnitter Befreiungsantrag gestellt und sich nach erfolgter Genehmigung bereit erklärt, die bis zum Tage des Eingangs des Befreiungsantrages fälligen Beiträge zu zahlen. Er verlangt aber von der Krankenkasse Ersatz der bis dahin für Krankenhilfe entstandenen Kosten und will, da die Kasse sich ablehnend verhält, auf Grund der §§ 677, 812 BGB. klagbar werden. Wird sich die Kasse mit Erfolg auf den Prozeß einlassen können?

Antwort: Ein Fall des § 1541 RVO. liegt ersichtlich nicht vor. Es handelt sich also um einen vor den ordentlichen Gerichten zu verfolgenden Anspruch. Auf Geschäftsführung ohne Auftrag würde der Arbeitgeber seinen Anspruch nur gründen können, wenn er die Krankenhilfe in der Absicht gewährt hätte, hiermit ein Geschäft der Kasse zu besorgen, weil ohne sein Eingreifen die öffentlich-rechtliche Pflicht der Kasse nicht rechtzeitig erfüllt worden wäre (§§ 677 bis 679 BGB.). Dies wird der Arbeitgeber wohl nicht beweisen können und kaum behaupten wollen. Denn wenn er bis zum Eingange des Befreiungsantrags keine Beiträge für die ausländischen Schnitter entrichtet und, wie es scheint, diese Personen auch nicht zur Kasse angemeldet hat, so ist, wenn man dem Arbeitgeber nicht eine bewußte Rechtsverletzung unterstellen will (§§ 530, 531 RVO.), anzunehmen, daß er die Schnitter schon vor der Genehmigung des Befreiungsantrags irrigerweise für versicherungsfrei und sich selbst für unterstützungspflichtig gehalten hat. Dann hat er aber nicht ein Geschäft der Kasse zu besorgen, sondern nur seine eigene, vermeintliche Pflicht zu erfüllen beabsichtigt. Aus dem Rechtsgrunde der ungerechtfertigten Bereicherung (§ 812 BGB.) kann der Arbeitgeber einen Anspruch möglicherweise gegen die von ihm unterstützten Personen, nicht aber gegen die Kasse herleiten, die nicht bereichert ist, weil jenen Personen, sofern sie Ansprüche gegen die Kasse hatten, noch jetzt unbenommen ist, sich an diese zu halten. Es fehlt an der Voraussetzung des Bereicherungsanspruchs gegen die Kasse, daß zwischen ihr und dem Arbeitgeber unmittelbar eine Vermögensverschiebung zugunsten der Kasse stattgefunden haben müßte (zu vgl. Entsch. des Reichsger. 66 S. 80).

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1220 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 11. September 1918. Heft 26

Kriegsteilnehmer als Kassenmitglieder.

Vom Wirklichen Geheimen Oberregierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Es wird unter den Krankenkassen nur vereinzelt Kassen geben, die zu ihren Mitgliedern nicht auch Kriegsteilnehmer zählen. Freilich nicht als Pflichtmitglieder, denn die Voraussetzung hierfür wäre eine versicherungspflichtige Beschäftigung. Eine solche bildet aber, wie das Reichsversicherungsamt in zwei grundsätzlichen Entscheidungen ausgesprochen hat, eine ganz vereinzelte Ausnahme, weil mit der Einziehung zum Heeresdienst die Verfügungsgewalt des Arbeitgebers völlig auf die Militärbehörde übergeht und damit das Beschäftigungsverhältnis sein Ende erreicht. Nach dem der Entscheidung Nr. 1969 vom 6. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 371, ArbVers. S. 302) zugrunde liegenden Tatbestand hatte der Arbeitgeber das Dienstverhältnis bei Eintritt des Beschäftigten in den Heeresdienst nicht gekündigt, wohl aber den Versicherten abgemeldet; ein Teil des Gehalts wurde an die Angehörigen weitergezahlt. Das Reichsversicherungsamt verneinte das Fortbestehen des Beschäftigungsverhältnisses, weil schon im Hinblick auf die Länge des Kriegsdienstes die tatsächliche Lösung des Beschäftigungsverhältnisses der Absicht der Beteiligten regelmäßig entspreche, zumal wenn der Arbeitgeber diese Absicht durch Abmeldung des Versicherten Ausdruck gegeben habe. Die Weiterzahlung eines Teils des Gehalts an die Angehörigen sei lediglich aus hilfsbereiter hochherziger Gesinnung erfolgt, um die Frauen und Kinder ehemaliger Angestellter in der Zeit nicht darben zu lassen, in der der Ernährer das Vaterland gegen den Feind verteidige. Aus solchen Beweggründen gewährte Zuwendungen seien nicht als Gegenleistungen, sondern als Unterstützungen zu betrachten. Eine der erfreulichsten Begleiterscheinungen einer großen Zeit würde verkannt, wenn diesen, dem vaterländischen Pflichtgefühl entsprungenen Zuwendungen der Stempel des Entgelts aufgedrückt würde. Die Auffassung, daß das Beschäftigungsverhältnis und die Versicherungspflicht durch den Eintritt in den Heeresdienst ihr Ende erreiche, trage auch der für die Versicherten durch den Krieg geschaffenen Sachlage Rechnung. Der leitende Gedanke der Krankenversicherung gehe dahin, den erkrankten Versicherten wiederherzustellen. Diese Leistungen, die den Beschäftigten selbst beträfen, sowie das Sterbegeld, seien Regelleistungen. Sie müßten unter allen Umständen gewährt werden. Dagegen seien die Leistungen an die Angehörigen, die Familienhilfe, als Mehrleistungen in das Belieben der Kasse gestellt. Die vom Gesetzgeber in den Vordergrund gestellte Fürsorge für den Versicherten selbst sei aber während des Krieges anderweit ausreichend gewährleistet. Es fehle somit im allgemeinen an einem Bedürfnis für die daneben hergehende

Zwangskrankenversicherung. Wieweit aus dem Versicherungsverhältnis, das vorher bestanden habe, während des Krieges Ansprüche entstehen könnten, bleibe dabei unerörtert. Soweit der Kriegsteilnehmer sich und seinen Familienangehörigen die Wohltaten der Krankenversicherung, die auf seiner bisherigen Versicherung beruhten, während des Krieges zu erhalten wünsche, biete der § 313 RVO. eine ausreichende Handhabe. Auch die Familienangehörigen oder der Arbeitgeber könnten dies durch Weiterzahlung der Beiträge bewirken. Gegen die Pflichtversicherung spreche auch die Erwägung, daß dadurch den Arbeitgebern vielfach unverhältnismäßig hohe Lasten aufgebürdet würden, die bei der durch den Krieg geschaffenen wirtschaftlichen Notlage für manche Zweige der Industrie und des Handels schwer zu tragen wären. Diese Lasten könnten manchen Arbeitgeber veranlassen, die Fürsorge für die Angehörigen der Kriegsteilnehmer wesentlich einzuschränken oder gar gänzlich einzustellen. Das würde aber ein nach allen Richtungen unerwünschtes Ergebnis sein, durch das besonders die Kriegsteilnehmer, deren Interessen in erster Linie zu schützen seien, empfindlich geschädigt werden würden.

In der zweiten grundsätzlichen Entscheidung Nr. 2362 vom 21. April 1917 (Amtl. Nachr. S. 516, ArbVers. 1917 S. 583) hat das Reichsversicherungsamt die Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses auch für den Fall verneint, daß Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses nach Schluß des Krieges vereinbaren und der Arbeitgeber das Gehalt ganz oder teilweise fortzahlt, um sich die Arbeitskraft des Einberufenen für eine spätere Zeit zu erhalten. Die Absicht der Beteiligten allein könne das Fortbestehen der Verfügungsgewalt des Arbeitgebers nicht begründen. Es ließen sich zwar Ausnahmefälle denken, in denen es die Art der militärischen Verwendung des Angestellten ermögliche, auf Grund besonderer Abrede mit dem Arbeitgeber für diesen ab und zu nebenbei Arbeiten zu verrichten; dann könne gegebenenfalls das Beschäftigungsverhältnis und mit ihm die Pflichtversicherung fortdauern. In der Regel aber werde die Verfügungsgewalt des Arbeitgebers durch den Eintritt in den Kriegsdienst völlig beseitigt. Auch wenn die Beteiligten die Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses ausdrücklich vereinbarten, und das Gehalt ganz oder teilweise weitergezahlt werde, könne von der Fortdauer des die Pflichtversicherung tragenden Beschäftigungsverhältnisses, weil dieses die Verfügungsgewalt des Arbeitgebers und damit mehr als den bloßen Willen der Beteiligten und die Gewährung des Entgelts voraussetze, nicht die Rede sein, höchstens von der Fortdauer des zivilrechtlichen Dienstvertrages.

Die Mitgliedschaft der Kriegsteilnehmer beruht demnach wohl ausschließlich auf der Weiterversicherung, die sowohl durch die Gesetzgebung als auch durch die Rechtsprechung im weitesten Umfange gefördert worden ist, um den zurückgebliebenen Familienangehörigen der Kriegsteilnehmer die Wohltaten der Familienhilfe zukommen zu lassen. Eine besondere von der Versicherung des Familienhauptes unabhängige Versicherung der Familienangehörigen gibt es bekanntlich nach der Reichsversicherungsordnung ebensowenig wie nach dem Krankenversicherungsgesetz; vgl. RVA. Entsch. 2415 vom 10. November 1917 (Amtl. Nachr. 1918 S. 174). Durch § 1 des Gesetzes, betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334) ist die sonst nicht zugelassene Weiterversicherung im Ausland den Kriegsteilnehmern gestattet worden. Zugleich ist durch die Rechtsprechung die Zahlung der Beiträge für Kriegsteilnehmer ohne ihr Wissen durch Dritte schon dann für wirksam erachtet worden, wenn anzunehmen ist, daß die Weiterversicherung dem mutmaßlichen oder ausdrücklichen Willen des Kriegsteilnehmers entspricht; vgl. RVA. Entsch. 1992 vom 1. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 432, ArbVers. S. 395). Infolgedessen haben die Arbeitgeber für ihre

in den Krieg gezogenen Arbeiter und Angestellten und die Gemeinden für bedürftige Kriegsteilnehmer die Bezahlung der Beiträge übernommen, namentlich, nachdem eine große Anzahl von Krankenkassen die durch das Gesetz, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337) abgeschafften Mehrleistungen, insbesondere die Familienhilfe, wieder eingeführt hatte. Wenn die Beitragszahlung die für die Weiterversicherung vorgeschriebene Anzeige an den Kassenvorstand ersetzen soll, so müssen die Beiträge innerhalb der vorgeschriebenen dreiwöchigen Frist gezahlt werden. Liegt innerhalb der drei Wochen kein Zahltag, so muß die Zahlung der Beiträge besonders bewirkt werden. Es genügt nicht, daß die Beitragszahlung erst gelegentlich der nächsten Einziehung der Beiträge durch die Kasse geschieht; vgl. RVA. Entsch. 2362 vom 21. April 1917 (Amtl. Nachr. S. 516).

Bei Beurteilung der dadurch entstehenden Rechtslage ist davon auszugehen, daß die Kriegsteilnehmer durch die Weiterversicherung vollwertige Kassenmitglieder mit allen Rechten und Pflichten der Pflichtmitglieder werden, denn das Pflichtversicherungsverhältnis wird durch die Weiterversicherung unverändert fortgesetzt; vgl. RVA. Entsch. 2213 vom 15. April 1916 (Amtl. Nachr. S. 553, ArbVers. S. 611). Gegenüber dem bisherigen Versicherungsverhältnis tritt nur insofern eine Änderung ein, als die sich weiterversichernden Kriegsteilnehmer die ganzen Beiträge aus eigenen Mitteln zahlen müssen. Außerdem können diese jederzeit in eine niedrigere Lohnklasse oder Lohnstufe übertreten; vgl. RVA. Entsch. 2000 vom 9. Januar 1915 (Amtl. Nachr. S. 445), und zwar auch dann, wenn für sie als Pflichtmitglieder der wirkliche Arbeitsverdienst als Grundlohn gedient hat; vgl. RVA. Entsch. 2002 vom 9. Januar 1915 (Amtl. Nachr. S. 447, ArbVers. S. 274). Von der Zustimmung des Kassenvorstandes darf der Übertritt nicht abhängig gemacht werden; vgl. RVA. Entsch. 2215 vom 15. April 1916 (Amtl. Nachr. S. 557). Ein Unterschied gegenüber der Pflichtversicherung besteht endlich noch insofern, als die Mitgliedschaft erlischt, wenn die Beiträge an zwei aufeinanderfolgenden Zahltagen nicht eingezahlt werden, während bei der Pflichtversicherung die Mitgliedschaft lediglich durch die versicherungspflichtige Beschäftigung als solche ohne Rücksicht auf die ordnungsmäßige Anmeldung und auf Beitragszahlungen begründet wird. Ob durch ein Verschulden des Kriegsteilnehmers die rechtzeitige Zahlung unterblieben ist oder nicht, ist ohne Belang. Die Zahlungssäumnis der Gemeinde, die die Beitragszahlung übernommen hat, schadet aber dem Kriegsteilnehmer nicht, wenn seine Ehefrau dem Kassenvorstand angezeigt hat, daß die Beiträge von der Gemeinde eingezogen werden sollen, auch wenn in der Satzung der Krankenkassen die Bestimmung vorgesehen ist, daß freiwillige Mitglieder die Beiträge selbst einzahlen müssen; vgl. RVA. Entsch. vom 6. November 1917. Bei Betriebskrankenkassen ist noch die Besonderheit zu erwähnen, daß die sich weiterversichernden Kriegsteilnehmer weder wählbar noch wahlberechtigt sind.

Weiterversicherte Kriegsteilnehmer haben demnach Anspruch auf die gleichen Leistungen wie die entsprechenden Pflichtmitglieder. Treten sie nicht in eine niedrigere Lohnklasse oder Lohnstufe über, so ist für sie die Lohnklasse oder Lohnstufe maßgebend, die während der Pflichtversicherung gegolten hat. Bei Änderung der Lohnklassen oder Lohnstufen infolge Erhöhung der Grundlöhne anläßlich der Bekanntmachung des Reichskanzlers über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085) ändert sich auch für sie die Lohnklasse oder Lohnstufe. Fällt der Kriegsteilnehmer oder stirbt er infolge einer im Kriege zugezogenen Krankheit oder Verwundung, so muß die Krankenkasse das Sterbegeld bezahlen, und zwar in erster Linie an die Heeresverwaltung, die in der Regel das Begräbnis besorgen wird. Verzichtet diese auf das Sterbegeld oder ent-

stehen durch die Beerdigung keine Kosten, so wird das ganze Sterbegeld als Überschuß an die im § 203 Satz 2 RVO. aufgeführten Bezugsberechtigten bezahlt, vorausgesetzt, daß diese mit dem verstorbenen Kriegsteilnehmer zur Zeit des Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Da die häusliche Gemeinschaft bei Kriegsteilnehmern durch die Einberufung zum Kriegsdienst nicht ohne weiteres aufgehoben wird, vgl. RVA. Entscheidung 1992 vom 1. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 433, ArbVers. S. 396), so kommt es darauf an, ob die Betreffenden zur Zeit der Einziehung des Kriegsteilnehmers zum Heeresdienst mit ihm die häusliche Gemeinschaft geteilt haben. Erkrankt der Kriegsteilnehmer, so hat er Anspruch auf Krankenhilfe und bei Arbeitsunfähigkeit auch Anspruch auf Krankengeld in satzungsmäßiger Höhe; vgl. RVA. Entsch. 2042, 2110 vom 11. Mai und 27. September 1915 (Amtl. Nachr. S. 573, 761; ArbVers. 1916 S. 56). Wird der Kriegsteilnehmer verwundet oder erkrankt er aus einem anderen Anlaß, so muß ihm die Krankenkasse nach Maßgabe ihrer Satzung Krankenpflege und, sofern er arbeitsunfähig ist, auch Krankengeld gewähren. Da nun aber die Militärverwaltung Krankenpflege, insbesondere Lazarettbehandlung an Kriegsteilnehmer in gleichem Maße, wie es die Krankenkassen zu tun verpflichtet sind, gewährt, so bleibt hier für die Tätigkeit der Krankenkassen kein Raum. Auch eine Verpflichtung der Krankenkassen, der Heeresverwaltung die Kosten der Krankenpflege zu ersetzen, besteht in Ermangelung einer entsprechenden Vorschrift im 5. Buch der Reichsversicherungsordnung nicht, ganz abgesehen davon, daß die Heilung verwundeter oder erkrankter Krieger als eine selbstverständliche Ehrenpflicht der Heeresverwaltung angesehen wird. Der Anspruch, den der Kriegsteilnehmer durch seine Beitragszahlung gegen die Krankenkasse erworben hat, wird aber nur tatsächlich, nicht rechtlich gegenstandslos. Das hat die wichtige Folge, daß der Kriegsteilnehmer, falls er nach der Entlassung aus der Pflege der Heeresverwaltung und dem Heere noch krank sein sollte, wegen dieser Krankheit die Krankenpflege der Krankenkasse in Anspruch nehmen kann, — vgl. RVA. Entsch vom 14. Februar 1916 (ArbVers. S. 325) — wobei zu beachten ist, daß die Unterstützungsdauer nicht von dem Tage, an dem die Krankheit eingetreten ist, sondern von dem Tage läuft, an dem die erste Unterstützung in Anspruch genommen wird; vgl. Preuß. OVG.-Entsch. vom 23. Oktober 1890 (Bd. 20 S. 360), Kom.-Ber. z. RVO. 2. Teil S. 61. Die Kasse muß also unter Umständen noch 26 Wochen lang Krankenpflege gewähren. Fälle solcher Art wird es aber nicht geben, weil die Heeresverwaltung den Kriegsteilnehmer erst nach völliger Heilung entläßt und auch bei einem klar vorliegenden Rückfall ihre Verpflichtung zur Gewährung der Heilbehandlung nicht in Abrede stellen wird.

Krankengeld muß aber, sofern Arbeitsunfähigkeit besteht, während der Lazarettbehandlung auf die in der Satzung vorgesehene Dauer gezahlt werden. Dieser Verpflichtung kann sich die Krankenkasse wegen der angenommenen Beiträge auf keinen Fall entziehen. Dabei ist aber zu beachten, daß die Aufnahme in ein Lazarett nicht ohne weiteres Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Zu ihrer Feststellung bedarf es vielmehr der Prüfung, ob die Krankheit zu diesem Zeitpunkt in einem solchen Umfang bestand, daß sie ein Heilverfahren erforderte, also die Lazarettbehandlung als notwendig erscheinen ließ; vgl. RVA. Entsch. vom 19. September 1916 (ArbVers. S. 779).

Fast in den Satzungen aller Krankenkassen findet sich eine dem § 193 Abs. 3 RVO. entsprechende Bestimmung, wonach Versicherten, die freiwillig Mitglieder der Kasse bleiben, statt der Krankenpflege der Betrag mindestens des halben Krankengeldes dann zugebilligt werden kann, wenn sie sich nicht im Bezirke der Kasse oder des Versicherungsamts aufhalten. Da sich Kriegsteilnehmer in der Regel außerhalb dieser Bezirke aufhalten werden, so entsteht die Frage, ob sie Anspruch auf das erhöhte Krankengeld

haben, obwohl ihnen die Krankenpflege durch die Heeresverwaltung gewährt wird. Das RVA. hat in der grundsätzlichen Entsch. 2042 vom 17. Mai 1915 (Amtl. Nachr. S. 573) den Anspruch verneint aus der Erwägung heraus, daß nach den Worten „statt der Krankenpflege" das Ablösungsrecht der Kasse nur dann in Frage kommen könne, wenn die Möglichkeit der Gewährung der Krankenpflege an sich gegeben sein würde. Sei diese Möglichkeit nicht vorhanden, wäre also die Kasse überhaupt nicht in der Lage, Krankenpflege zu gewähren, selbst wenn ihre Satzung von der Befugnis des § 193 Abs. 3 RVO. keinen Gebrauch gemacht hätte, so läge auch eine Verpflichtung der Kasse zur Gewährung von Krankengeld an Stelle der Krankenpflege nicht vor und es könne deshalb auch eine Ablösung dieser Verpflichtung nicht in Frage kommen. Verwundeten Kriegsteilnehmern könne die Kasse solange Krankenpflege nicht gewähren, als die Heeresverwaltung selbst dafür sorge. Der große Senat des RVA. hat sich in der Entscheidung vom 27. April 1918 dieser Auffassung angeschlossen. Wenn auch der versicherte Kriegsteilnehmer bei Übernahme der Krankenpflege durch die Militärverwaltung von der Krankenkasse nicht die volle Gegenleistung für seine Beiträge empfange, so könne doch darin eine Unbilligkeit nicht gefunden werden, weil ihm die volle Krankenpflege von einer anderen staatlichen Einrichtung auf Grund öffentlichrechtlicher Verpflichtung gewährt werde, ohne daß er hierfür eine Gegenleistung zu erbringen habe. Dazu komme, daß nach dem die reichsgesetzliche Sozialversicherung beherrschenden Grundsatz, für einen Schadensfall Doppelleistungen nicht gewährt werden sollten, und daß es unerwünscht sei, die den Krankenkassen durch Zahlung des Krankengeldes an Verwundete oder erkrankte Kriegsteilnehmer erwachsende beträchtliche Mehrbelastung ohne Not noch weiter um etwa die Hälfte zu vermehren, zumal dieser Betrag für andere dringende Aufgaben der Krankenversicherung nutzbringend verwendet werden könne.

Vorschläge zur Vereinfachung der Rentenberechnung.

Von Kontrollinspektor F. Quatmann in Oldenburg (Großh.).

Die allseitig geforderte und auch in Aussicht stehende Aenderung des 4. Buches der Reichsversicherungsordnung wird unvollkommen bleiben, wenn damit nicht eine Umgestaltung und wesentliche Vereinfachung der Berechnungsweise der Renten für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung verbunden wird. Das jetzige Verfahren ist zu verwickelt, umständlich und mit zuviel Arbeit für die Versicherungsträger verknüpft, als daß es Befriedigung auslösen könnte, auch geht es zu sehr in's Kleinliche. Nur derjenige, der sich eingehend mit der Sache befaßt hat, weiß, wieviel Zeit die Berechnungen erfordern. Hinzu kommt noch, daß eine nicht gerade kleine Zahl von Rentenfeststellungen lediglich aus formellen und Ordnungsgründen heraus erfolgt. Ich denke dabei an diejenigen Rentenberechtigten, die im Heilverfahren stehen und deren Rentenansprüche während der Dauer des Heilverfahrens vom Versicherungsträger verfügt werden können, bezw. ihm übertragen werden. Obwohl eine Rentenzahlung an den Versicherten nicht stattfindet, muß das ganze Feststellungsverfahren mit all seinen Weitläufigkeiten durchgeführt werden und zwar lediglich deshalb, damit der Versicherungsträger den Vorschriften entsprechend die Rente buchmäßig in Ausgabe und an anderer Stelle wieder in Einnahme stellen kann. Da das Heilverfahren bei fast allen Versicherungs- und Sonderanstalten einen großen Umfang angenommen hat, handelt es sich

nicht um Einzelfälle, sondern um tagtägliche Erscheinungen. Der Bürokratismus treibt hier seine schönsten Blüten.

Man könnte sich vielleicht zufrieden geben, wenn Aussicht bestände, daß in absehbarer Zeit sich die Verhältnisse günstiger gestalten oder doch wenigstens Stillstand eintreten würde. Das ist aber keineswegs der Fall; die Schwierigkeiten werden noch für lange Jahre ständig anwachsen. Der Beharrungszustand wird erst eintreten, wenn die 1891 in die Versicherung eingetretenen Personen in ihrer Mehrzahl infolge Rentenbezugs, Tod usw. aus der Versicherung ausgeschieden sind. Das dürfte frühestens im Jahre 1940 der Fall sein, denn erst dann haben die damals 16jährigen Versicherten das 65. Lebensjahr erreicht. Es werden somit noch mehr als 20 Jahre vergehen, ehe überhaupt nur an Stillstand zu denken ist.

Das Entwerfen eines Rentenbescheides nimmt bei den vor längeren Jahren in die Versicherung eingetretenen Personen schon jetzt öfters eine Stunde und noch mehr Zeit in Anspruch. Nicht viel weniger Zeit erfordert das Nachprüfen der Bescheide. Da gegenwärtig erst rund 27 Quittungskarten und 1400 Beitragswochen berücksichtigt zu werden brauchen, kann man sich leicht ein Bild davon machen, wieviel Zeit erforderlich ist, wenn 45—50 Quittungskarten und 2500 Beitragswochen in Betracht zu ziehen sind. Die Zeit wird nicht mehr ferne sein, in welcher ein fleißiger Arbeiter nur 3—4 solcher Bescheide an einem Tage aufstellen bezw. nachprüfen kann.

Einen besonders großen Zeitaufwand erfordert das Auszählen der Marken nach den verschiedenen Versicherungsanstalten. Diese Arbeit ist bei den Invalidenrenten aber erforderlich, um die Rentenlast auf die Versicherungsträger verteilen zu können. Sind die Marken recht bunt durcheinander geklebt, wie dies bei der fluktuierenden Industriebevölkerung vielfach der Fall ist, so kann allein dieses Auszählen schon leicht eine Stunde Arbeit kosten. Fast ebenso zeitraubend ist es, die Zahl und Anrechnungsfähigkeit der Krankheitswochen festzustellen und nachzuprüfen, ob während der Krankheitszeiten Beitragsmarken verwendet worden sind. Das Durchblättern der Aktenstücke nach anrechnungsfähigen Krankheitszeiten nimmt in vielen Fällen auch recht geraume Zeit in Anspruch. Der mit der Aufstellung und auch der mit der Nachprüfung der Bescheide beauftragte Beamte kann in Verzweiflung kommen, wenn recht viele Krankheitsbescheinigungen vorliegen. Weiter kostet die Nachprüfung der Aufrechnung der Quittungskarten immer dann recht viel Zeit, wenn Ein-, Zwei- und Dreizehnwochenmarken verschiedener Lohnklassen in bunter Reihenfolge verwendet sind. Ganz besondere Schwierigkeiten bereiten die Zweiwochenmarken, wenn sie zwischen andere Marken geklebt sind.

So einfach scheinbar die Aufstellung eines Rentenbescheides ist, so verwickelt ist sie in Wirklichkeit. Abgesehen von den ganz klar liegenden Fällen, die aber mehr und mehr die Ausnahme bilden, verlangt das Entwerfen und Nachprüfen der Rentenbescheide gründliche Gesetzeskenntnis, sowie sicheres und zuverlässiges Arbeiten. Da nur gut eingearbeitete und gut bezahlte Beamte diese Eigenschaften besitzen, wird das Aufstellen usw. der Rentenbescheide für die Versicherungsträger immer kostspieliger. Die schon jetzt nicht gerade niederen Verwaltungskosten bei den Trägern der Invalidenversicherung werden infolgedessen immermehr in die Höhe gehen. Daß diese Verteuerung im Interesse der Allgemeinheit besonders jetzt und auch noch für lange Jahre nach dem Kriege, wo doch überall äußerste Sparsamkeit unbedingt geboten ist, durchaus vermieden werden muß, ist selbstverständlich. Selbst wenn die zur Vereinfachung des Berechnungswesens der Renten erforderlichen Maßnahmen grundstürzende Wirkungen zeitigen würden, darf die Neuregelung nicht verzögert werden.

Eine ganz wesentliche Vereinfachung nach dieser Richtung hin würde eintreten, wenn bei der Neuordnung folgende Grundsätze beachtet werden würden:

1. alle Renten — auch die Altersrenten — werden nach der gleichen Weise berechnet,
2. die Anrechnung von Krankheitswochen als Ersatztatsache fällt weg oder wird ganz wesentlich eingeschränkt,
3. es werden die Marken nur nach Zahl und Lohnklassen, nicht aber nach Versicherungsanstalten ermittelt,
4. alle Renten — einschließlich der Kinderzuschüsse — beginnen mit Anfang und endigen mit Ablauf des Monats,
5. die Zweiwochenmarken und die Zusatzmarken werden abgeschafft,
6. die Beitragswochen in den einzelnen Lohnklassen werden für die Berechnung auf **10** abgerundet. Bis zu **5** Beiträgen werden nicht berücksichtigt, **5** und mehr auf **10** erhöht,
7. auch bei nicht dauernder Invalidität wird die Invalidenrente (Dauerrente statt Krankenrente) gewährt.

Vor Begründung vorstehender Grundsätze möchte ich noch darauf hinweisen, daß aus anderen Erwägungen heraus von verschiedenen Stellen ähnliche Forderungen erhoben worden sind. Einige Vorschläge sind aber neu und bislang noch nicht erörtert worden.

Zu 1. Die verschiedenartige Berechnungsweise der Renten ist m. E. nicht durchaus geboten. Sehr wohl könnten die Altersrenten nach den gleichen Vorschriften berechnet werden, wie die Invaliden- und Hinterbliebenenrenten. Um die Altersrenten aber in der gewünschten Höhe zu halten, brauchte nur ein Teilbetrag der ermittelten Rente zur Auszahlung zu kommen. Den Versicherungstechnikern kann es keine Schwierigkeiten bereiten, hierfür einen brauchbaren Satz aufzustellen. Die Neuordnung in vorstehendem Sinne wird das ganze Verfahren erheblich einfacher gestalten. Abgesehen davon, daß die gleiche Berechnungsweise aller Renten ein schnelles und sicheres Arbeiten gewährleistet, liegt der Hauptwert darin, daß bei Eintritt der Invalidität der neue Bescheid sich viel schneller aufstellen läßt, als das jetzt der Fall ist. Mit der Herabsetzung der Grenze für die Altersrente von 70 auf 65 Jahre haben diese Renten so an Zahl zugenommen, daß eine Vereinfachung, wie ich sie vorschlage, eine ganz wesentliche Verminderung der Arbeit bewirken würde. Dem Versicherten kann es gleich sein, ob die Rente so oder so berechnet wird, wenn nur der Rentenbetrag sich in gleicher Höhe hält.

Zu 2. Die Anrechnungsfähigkeit der Krankheitswochen hat nur dann besondere Bedeutung für den Versicherten, wenn dadurch die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft erhalten wird. Für die Rentenerhöhung ist sie fast immer belanglos, da eine Krankheitswoche in der Regel die Rente im Jahre nur um 6 Pfg. erhöht. 52 Krankheitswochen bewirken somit, wenn mindestens 500 Beiträge der 2. Lohnklasse entrichtet sind, nur eine Rentensteigerung von 3,12 Mk. jährlich. Meistens handelt es sich nur um ganz kurze Krankheitszeiten; solche von mehrmonatiger Dauer kommen nur selten vor. Wenn man sich vor Augen führt, welche Unsumme von Arbeit — die Krankenkasse hat die Bescheinigung auszustellen, der Versicherte sie zu verwahren, und bei Aufrechnung der Quittungskarte vorzulegen, die Umtauschstelle hat die Anrechnungsfähigkeit zu prüfen, die Eintragung vorzunehmen, die Versicherungsämter und -Träger haben sich im Rentenfeststellungsverfahren mit den Eintragungen und Bescheinigungen herumzuschlagen usw. — erforderlich ist, um die Anrechnung zu ermöglichen, muß man zu dem Ergebnis kommen, daß der Anrechnungswert der Krankheitszeiten in keinem Verhältnis zur bedingten Arbeit steht. Da weiterhin nur einem beschränkten Kreise von Versicherten, und zwar insonderheit solchen, die Krankenkassen mit Einzugsberechtigung angehören, die restlose Nachweisung aller Krankheitszeiten möglich ist, sollte man auch aus Gerechtigkeitsgründen die jetzigen Bestimmungen abändern. Wenn man aber unter allen Umständen die bestehenden Rechte der Versicherten erhalten will, sollte man die Anrechnungsfähigkeit auf solche Fälle beschränken, in denen die Ren-

tenbewilligung davon abhängt oder die Krankheitszeit mindestens 2 Monate ohne Unterbrechung gedauert hat. Diese Fälle werden ohne sonderliche Mühe zu ermitteln sein. Schwierigkeiten, im Rentenfeststellungsverfahren diesbezügliche Bescheinigungen beizubringen, dürften nicht entstehen.

Zu 3. Auch unter Wahrung der vollen Selbstverwaltung und der getrennten Vermögensverwaltung der Versicherungsträger wird man die vorgeschlagene Vereinfachung durchführen können. Kommt es doch letzten Endes nicht darauf an, daß die Vermögensbelastung durch die Invalidenrentensteigerungen bis auf den letzten Pfennig bei den Versicherungsträgern stimmt. Die Hauptsache ist und bleibt, daß für alle Teile befriedigende Verhältnisse geschaffen werden. Dies wird sich jetzt um so leichter ermöglichen lassen, als seit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung dem Gemeinvermögen sowieso schon der größte Teil der Rentenlast aufgebürdet ist. Die Belastung des Sondervermögens durch die Rentensteigerungen hat infolgedessen längst nicht mehr die Bedeutung, wie unter dem Geltungsbereiche des Invalidenversicherungsgesetzes. Da das bei der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts vorhandene statistische Material ausreichen dürfte, eine annähernd gerechte Verteilung der Lasten vorzunehmen, werden, soweit nicht größere Aenderungen die bisherigen Grundlagen erschüttern, keine unüberwindlichen Schwierigkeiten vorliegen. Bei gutem Willen wird sich ein Weg finden lassen, der gangbar ist. Sollte aber aus irgend einem Grunde die Neuordnung in vorstehendem Sinne nicht tunlich erscheinen, so müßten die Vorschriften über die Belastungen des Gemein- und Sondervermögens geändert werden. Wenn nicht Mittel gefunden werden, die Auszählung der Marken nach Versicherungsanstalten abzuschaffen, wird eine nennenswerte Vereinfachung der Rentenberechnungen nicht Platz greifen.

Zu 4. Der Erlaß einer diesbezüglichen Vorschrift wird keinen Widerspruch finden, da weder die Gesamtheit der Versicherten geschädigt noch den Versicherungsträgern besondere Lasten auferlegt werden. Aus welchen Gründen man bei Erlaß des Gesetzes nicht allgemein den Rentenbeginn auf den Anfang und das Aufhören der Rentenzahlungen auf den Schluß des Monats festgesetzt hat, ist nicht recht klar. Während die Renten jetzt in Todesfällen und bei der Entziehung für den Ereignismonat voll zur Auszahlung kommen, fallen sie beim Vorliegen anderer Gründe mit dem Tage des Eintritts des Ereignisses fort. Die Neuordnung wird am zweckmäßigsten in der Weise erfolgen, daß bei Eintritt des Versicherungsfalles vor dem 16. eines Monats die Bezüge noch für den vollen Monat, in allen anderen Fällen dagegen erst vom Ersten des nächsten Monats ab gewährt werden. Würde man den Rentenbeginnn auf den auf das Eintreten des Ereignisses folgenden Ersten eines Monats festlegen, so träte eine Schädigung der Gesamtheit der Versicherten ein. Da die K r a n k e n r e n t e n nach meinem Vorschlage in Fortfall kommen sollen, fallen die hier vorliegenden Schwierigkeiten fort. Die Durchführung vorstehender Grundsätze würde dem Rentenberechnungswesen das Kleinliche nehmen und die Arbeiten wesentlich einfacher gestalten.

Zu 5. Die Zusatzversicherung ist zu keinerlei Bedeutung gekommen und muß deshalb wieder eingehen. Die Zweiwochenmarken sind zu entbehren und darum nicht weiter abzusetzen. Die erzielte Vereinfachung und Minderarbeit für die Postbehörden und Versicherungsträger ist bedeutend; für die Arbeitgeber macht es wenig aus, ob sie Ein- oder Zweiwochenmarken verwenden, auch werden die Umtauschstellen der Quittungskarten nicht viel stärker belastet.

Zu 6. Die für die Rentenberechnung benötigten Tabellen könnten, bei Annahme des Vorschlages, um das Neunfache gekürzt werden; das Auffinden der gewünschten Zahlen wäre somit wesentlich erleichtert. Nachteile für den Versicherten entstehen nicht, da 5 Mar-

ken infolge der Aufrundung der Renten nur in ganz seltenen Fällen Einfluß auf die Höhe der Renten haben.

Zu 7. Da die Rentenbezugszeit nur bis zur Dauer eines Jahres angerechnet werden kann, bringt die Umwandlung der Krankenrente in die Dauerrente nur ganz geringe Vorteile. Es ist kein Grund dafür zu finden, weshalb man nicht auch beim Vorliegen vorübergehender Invalidität von vornherein die Dauerrente bewilligen will. Das Entziehungsverfahren ist beiderwärts das gleiche. —

Zwecks weiterer Vereinfachung könnte noch bestimmt werden, daß die Zeiten militärischer Dienstleistungen nur angerechnet werden können, wenn sie mindestens 2 Monate ununterbrochen gedauert haben. Die kurzen Uebungszeiten in der Reserve und Landwehr würden dann außer Betracht bleiben können.

Auf den ersten Blick will es scheinen, daß das Berechnungswesen der Renten eigentlich nur die Versicherungsträger berühre. Das ist aber keineswegs der Fall, denn die durch die Vereinfachung erzielten Ersparnisse in der Verwaltung kommen der Allgemeinheit zu gute.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur Versicherungspflicht der Fleischbeschauer.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 20. November 1917 (P. 1/17).

Das Oberschiedsgericht hat bereits in seiner Entscheidung vom 24. November 1915 („AngestVers." 1916 S. 32) zu der Versicherungspflicht von Trichinenschauern im Königreich Sachsen Stellung genommen und dort den Grundsatz aufgestellt, daß solche Personen, welche von einer Stadtgemeinde für bestimmte Bezirke angestellt und vom Stadtrat verpflechtet sind, als Gemeindeangestellte nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AngestVersGes. versicherungspflichtig sind. Dieser Grundsatz ist neuerdings, nämlich am 9. November 1917, auf die in Preußen als Einzelbeamte tätigen Fleischbeschauer ausgedehnt worden. Das Oberschiedsgericht ist dabei der neueren Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts gefolgt. (Entscheidungen 1207, 1328, 1347, Amtl. Nachr. 1905 S. 438, 1907 S. 530, 1908 S. 516.) In diesen Entscheidungen sind Fleisch- oder Trichinenschauer, die in Württemberg und in Preußen als Einzelbeamte tätig waren, als versicherungspflichtige Angestellte der beteiligten Gemeinden erklärt worden. Diesen Grundsatz hat das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2388 (Amtl. Nachr. 1917 S. 593) auf die als Einzelbeamte tätigen Fleischbeschauer und Trichinenschauer im Königreich Sachsen ausgedehnt.

An der Hand der gesetzlichen Vorschriften stellt die erwähnte Entsch. Nr. 1328 fest, daß die Schlachtvieh- und Fleischbeschau eine amtliche Angelegenheit sei, bei welcher der Fleischbeschauer als Glied des amtlichen Organismus auftrete. Dies ergibt sich insbesondere daraus, daß § 68 der preuß. Ausführungsbestimmungen vom 20. März 1903 von „Entscheidungen" des Beschauers spricht, gegen die „Beschwerde" zulässig sei. Die Durchführung der durch das Reichsgesetz vom 3. Juni 1900 eingeführten Schlachtvieh- und Fleischbeschau ist in Preußen durch § 17 des Gesetzes vom 28. Juni 1902 (GS. S. 229) grundsätzlich als eine Angelegenheit der Ortspolizei erklärt. Demgemäß gelten auch nach § 14 Abs. 2 dieses Gesetzes die Kosten der Schlachtvieh- und Fleischbeschau einschließlich der Trichinenschau und der Kennzeichnung des Fleisches als Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung. Sie gehören zu den unmittelbaren Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung, wie sich aus § 2 des Polizeikostengesetzes vom 3. Juni 1908 (GS. S. 149) ergibt (zu vgl. auch Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts 57, S. 29). Zur Deckung dieser Kosten können von den Besitzern der Schlachttiere und des Fleisches Gebühren erhoben werden. Die Gebührentarife sind von den Landespolizeibehörden (Regierungspräsidenten) festzusetzen. Diese Gebühren stehen der Polizeibehörde auch dann zu, wenn sie dem Beschauer überlassen werden (zu vgl. die Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts 51, S. 444). Hiernach empfangen die Fleisch- und Trichinenschauer, wie die Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 1328 mit Recht annimmt, ihre Entlohnung auf Kosten der Träger der Polizeikostenlast. Dies ist ohne weiteres klar, wenn den Beschauern feste Gehälter ausgesetzt sind. Die Sache liegt aber auch dann nicht anders, wenn ihnen die Erhebung der Gebühren übertragen ist und sie aus diesen unmittelbar ihre Entlohnung entnehmen dürfen (zu vgl. die §§ 61 bis 64 der Preuß. Ausführungsbestimmungen vom 20. März 1903, wo insbesondere gesagt ist, daß die Gebühren für die Verbände, denen die Kosten der

Beschau zur Last fallen, und „infolgedessen auch mittelbar oder unmittelbar die Gebühren zufließen", keine Einnahmequelle werden dürfen).

Der Umstand, daß in Gemeinden unter 10 000 Einwohnern die Bestellung und Verpflichtung der Beschauer in die Hände der Landräte gelegt ist (§§ 3 und 5 der erwähnten Ausführungsbestimmungen), kann nicht zu dem Schlusse führen, daß in diesen Gemeinden das Rechtsverhältnis zwischen dem Träger der Polizeikostenlast und dem Beschauer ein anderes sei, als in größeren Gemeinden, denen die Bestellung und Verpflichtung der Beschauer zusteht. Für eine solche Annahme fehlt es an jedem inneren Grunde. Ebensowenig kann entscheidend sein, daß den Trägern der Polizeikostenlast gegenüber den Beschauern nicht das Recht einer allgemeinen Dienstaufsicht zusteht. Dies hängt mit der Natur der von den Beschauern zu leistenden Dienste zusammen, die sich der Überwachung durch nicht fachmäßig ausgebildete Beamte entziehen. Die gesamte Tätigkeit der Beschauer ist nach den Ausführungsbestimmungen des Bundesrats vom 30. Mai 1902 unter A § 48 nach Maßgabe der von den Landesregierungen zu erlassenden Vorschriften dergestalt einer fachmännischen Kontrolle zu unterwerfen, daß in jedem Fleischbeschaubezirk mindestens alle zwei Jahre eine Revision stattfindet. Diese Kontrolle ist durch § 75 der preuß. Ausführungsbestimmungen vom 20. März 1903, soweit es sich um nichttierärztliche Beschauer handelt, regelmäßig den amtlichen Tierärzten innerhalb ihrer Bezirke übertragen.

Nicht unerwähnt soll auch bleiben, daß, wie die Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 1328 ergibt, die für die Durchführung der Schlachtvieh- und Fleischbeschau in Preußen zuständige oberste Verwaltungsbehörde, nämlich der Minister für Landwirtschaft, Domänen und Forsten, den dort in Frage kommenden Fleischbeschauer als in einem Anstellungsverhältnis zu der Gemeinde stehend erachtet hat, obwohl auch dieser Beschauer vom Landrat bestellt und auf den Bezug von Gebühren verwiesen war (zu vgl. die Verfügung des genannten Ministers vom 4. Januar 1913, Ministerialbl. der Königl. Preuß. Verw. für Landwirtschaft, Domänen und Forsten 1913 S. 27).

Wenn ferner in den Bestallungsurkunden gesagt ist, daß K. und seine Ehefrau durch diese Anstellung als Trichinenschauer keineswegs die Eigenschaft eines öffentlichen Beamten erwerben, so entspricht dies der Verfügung der beteiligten Königl. Preuß. Minister vom 30. Dezember 1903, betreffend die Beamteneigenschaft des Beschauerpersonals (Ministerialbl. für die gesamte innere Verw. 1904 S. 47) und steht auch mit der Rechtsprechung des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts (57, S. 449) im Einklang, wonach die für die amtliche Fleischbeschau angestellten Personen nicht Beamte zu sein brauchen. Dessenungeachtet handelt es sich um ein Anstellungsverhältnis zwischen dem Träger der Polizeikostenlast und den Beschauern, wie ja auch die Bestallungsurkunde selbst den Ausdruck „Anstellung als Trichinenschauer" gebraucht. Auch die grundsätzliche Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 15. September 1916 („AngestVers." 1916 S. 294) anerkennt, daß Personen, denen Beamteneigenschaft nicht zukommt, gleichwohl Angestellte in gehobener Stellung sein können. Richtig ist endlich, daß bei der Art der Entlohnung der Eheleute K. die Gemeinde nicht in der Lage ist, bei der Gehaltszahlung Abzüge zu machen, wie dies § 178 des Gesetzes für den Regelfall zuläßt. Aus dieser tatsächlichen Schwierigkeit sind selbstverständlich Gründe gegen die Versicherungspflicht nicht abzuleiten. Ihr ist auf dem Wege des § 180 des Gesetzes abzuhelfen (zu vgl. Erl. des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 26. Dezember 1915, HMBl. 1916 S. 15, die oben erwähnte Verf. des Landwirtschaftsministers vom 4. Januar 1913 und § 6 der Verordnung des Sächs. Ministeriums des Innern zur Ausführung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 30. Dezember 1912, „AngestVers." 1913 S. 208).

K. und seine Ehefrau sind hiernach *nicht selbständige Gewerbetreibende*, sondern üben ihre Tätigkeit im Dienste der Träger der Polizeikostenlast der Beschaubezirke aus. Nach der Art ihrer Tätigkeit und mit Rücksicht auf die ihnen obliegende Verantwortung sind sie ohne Zweifel zu den *Angestellten in gehobener Stellung* zu rechnen, wie dies auch die mehrerwähnte Entsch. 1328 tut (zu vgl. auch die grundsätzliche Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 23. Januar 1915, „Angest.-Vers." 1915 S. 52). Da K. und seine Ehefrau ihre Tätigkeit unstreitig im Hauptberuf ausüben, so ist ihre Versicherungspflicht vom Rentenausschuß mit Recht bejaht worden, und es war deshalb die Beschwerde zurückzuweisen.

B. Zur Krankenversicherung.

Plattfuß als Krankheit?

Rev.-Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts vom 24. November 1917 (K. 16/17).

... Der Plattfuß ist ein fehlerhafter Zustand des Körpers, eine Krankheitsanlage. Wenn dieser körperliche Zustand keine ärztliche Behandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit nicht zur Folge hat, stellt er keine Krankheit dar. *In Krankheit geht der Zustand erst über, wenn sich infolge der Plattfüße insbesondere schmerzhafte*

entzündliche Erscheinungen zeigen, die eine Heilbehandlung erfordern oder Arbeitsunfähigkeit verursachen. Die Annahme der Vorinstanz, daß J. am 20. August 1913 krank war, ist nicht zu beanstanden, denn nach dem Gutachten des Dr. E. bestanden damals bei der Klägerin schmerzhafte entzündliche Erscheinungen an den Füßen, zu deren Behebung J. mit Heilmitteln — Plattfußeinlagen — versorgt werden mußte. Nicht erwiesen ist aber, daß die Krankheit von da an bis zum 17. Februar 1914 ununterbrochen fortgedauert hat. Wie die Akten ergeben, ist die Entzündung in der folgenden Zeit gewichen und sind krankheitsfreie Zeiten aufgetreten, denn die Klägerin war in der Lage, die Stelle bei R. zu übernehmen und sie längere Zeit hindurch ohne wesentliche Anstände zu versehen. Der Umstand, daß J. ständig Plattfußeinlagen trug, ist kein Grund, anzunehmen, daß die Krankheit fortbestanden habe. Nachdem durch den Gebrauch der Einlagen der entzündete Zustand der Füße behoben war, hatten die Einlagen ihren Zweck, als Heilmittel zu dienen, erfüllt. Ihre weitere Benützung war dazu bestimmt, eine neue Erkrankung zu verhüten. Diese Wirkung haben die Einlagen für die Dauer nicht erreichen können. Denn nach dem Gutachten des Dr. B. vom 8. Juli 1914 genügten bei der Beschaffenheit der Plattfüße der Klägerin Einlagen nicht, sondern es mußten daneben während der Nacht Schienen getragen werden, um die durch die Verwendung der Einlagen während des Tages erzielte Zurückdrängung des schädigenden Einflusses der Plattfüße zu bewahren. Aus diesem Grunde sind nach dem 20. August 1913 Rückfälle aufgetreten. Die Krankheit begann jeweils mit dem Augenblick, in dem zuerst objektiv ärztliche Behandlung erforderlich wurde. Die Ansicht der Versicherten ud die Zeit, zu der die Hilfe des Arztes angerufen und die Zeit, zu der die Hilfe des Arztes angerufen wurde, ist nicht entscheidend, weil die Krankheit schon vorher bestanden haben kann und nur von der Versicherten nicht rechtzeitig erkannt worden ist. Dr. D. verlegt die Summe der Schädigungen, die zum Leiden der J. und zur Inanspruchnahme des Arztes geführt haben, in den November 1913, also in die Zeit der Beschäftigung der Klägerin bei Ingenieur R. Der K. Bezirksarzt Dr. S. in L. hält dafür, daß der entzündliche Zustand der Plattfüße erst wieder während des Dienstverhältnisses der J. in L. eingetreten sei, und Dr. E. ist der gleichen Anschauung. Das OVA. ist diesen Gutachten nicht gefolgt, sondern hat im Anschluß an die Ansicht seines Vertrauensarztes den 20. August 1913 als die Zeit des Beginns der Krankheit erachtet. Die Annahme dieses Arztes, daß das Tragen der Einlagen als fortdauernde Heilbehandlung anzusehen und daß deshalb auf die Fortdauer der Krankheit zu schließen sei, ist jedoch unzutreffend. Die Notwendigkeit, Plattfußeinlagen tragen zu müssen, stellt an sich noch keine Krankheit dar, so wenig, wie der Zwang zum Tragen einer Brille; das Tragen der Einlagen war auch nicht im Verlauf der ganzen Zeit zwischen dem 20. August 1913 und dem 17. Februar 1914 mit Krankheit verbunden. Aus den vorliegenden Äußerungen des Dr. E. ergibt sich, daß die Krankheit alsbald nach ihrem ersten Auftreten wieder zurückgegangen ist; nach dem Schwinden der entzündlichen Erscheinungen und der Schmerzen waren die Einlagen, wie schon erwähnt, nicht mehr als Heilmittel, sondern als vorbeugendes Mittel in Verwendung. Die Besserung hatte aber deshalb keinen Bestand, weil die Klägerin dem ihr von Dr. E. gegebenen Rate, sich einer Beschäftigung im Sitzen zuzuwenden, nicht folgte, sondern wieder häusliche und gewerbliche Dienste übernahm. Zur Behebung des schädigenden Einflusses dieser Beschäftigung genügten aber die Einlagen nicht, vielmehr traten neuerlich schmerzhafte Entzündungen an den Füßen auf und es wurde eine weitere Heilbehandlung notwendig, sowie die Beschaffung von Schienen als Ergänzung der Einlagen...

Gewährleistung eines Anspruchs im Sinne des § 169 RVO. als Voraussetzung der Befreiung.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 26. April 1918 (30 242 K.).

Der städt. Gasmesserwart J. K. wurde am 23. Dezember 1916 zufolge Verfügung des Generalkommandos zum Zwecke der Arbeitsaufnahme bei einer Motorenfabrik in M. aus dem Heeresdienst ententlassen und zunächst bis zum 1. März 1918 zurückgestellt. Als städtischer Beamter erhielt er bis zum 1. Juli 1917 von seiten des Stadtmagistrats neben seinem Arbeitsverdienst den vollen Gehalt eines städtischen Gasmesserwärters ausbezahlt. Von dem genannten Tage an wurde jedoch die Gehaltszahlung nur mehr soweit betätigt, als der Gehalt den erzielten Arbeitsverdienst von monatlich 163,50 ℳ übersteigt. Die Beamten des Stadtmagistrats sind nach § 169 RVO. von der Versicherungspflicht befreit. Als nun J. K. und mit ihm noch zahlreiche andere städtische Beamte vom Militär entlassen, aber nicht ihrer früheren Arbeit wieder zugeführt, sondern verschiedenen Betrieben der Rüstungsindustrie zugewiesen wurden, erhob sich die Frage, ob und wieweit sie auch in ihrer neuen Tätigkeit als versicherungsfrei anzusehen seien, nachdem ihnen zunächst der volle, später der um den Arbeitsverdienst gekürzte Gehalt fortbezahlt wurde und nachdem dieser gekürzte Gehalt sich bei jeder Minderung oder bei jedem, z. B. infolge Erkrankung, eintretenden Entgang des Arbeitsverdienstes entsprechend erhöhte bzw. wieder voll zur Auszahlung gelangte. Der Stadtmagistrat nahm, nachdem sich ein von ihm erholtes Gutachten des städtischen Versicherungsamtes in bejahendem Sinne geäußert hatte, die Versicherungspflicht der zur Arbeitsaufnahme in der Rüstungsindustrie entlassenen städtischen Beamten an; er verständigte daher die beteiligten Arbeitgeber, daß sie solche Beamte zur Krankenversicherung anzumelden hätten.

Auch der Allgemeinen Ortskrankenkasse gab der Stadtmagistrat von seiner Anschauung Kenntnis. Die Kasse verneinte aber die Versicherungspflicht. Sie nahm den Standpunkt ein, daß die in Frage kommenden gemeindlichen Beamten auch während der Kriegsdienstleistung ihre Beamteneigenschaft nicht verlieren; damit bleibe ihnen auch der Anspruch auf Fortbezug ihres Gehaltes gewahrt; da der Bezug eines entsprechenden Gehalts den Befreiungsgrund nach § 169 RVO. bilde, bleibe die Befreiung auch während der Beschäftigung in der Rüstungsindustrie wirksam.

Hiermit war J. K. nicht einverstanden. Er beanspruchte für sich während seiner Beschäftigung bei der Motorenfabrik die Zugehörigkeit zur Krankenversicherung und trug beim Versicherungsamt auf Entscheidung an (§ 405 Abs. 2 RVO.). Das Versicherungsamt erklärte ihn für versicherungspflichtig aus folgenden Gründen:

Die Entscheidung der Streitsache hängt ausschließlich von der Frage ab, wieweit die Befreiung nach § 169 RVO. zu wirken vermag. § 169 RVO. erklärt die im Dienste einer Gemeinde beschäftigten Personen als versicherungsfrei, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein Anspruch auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt usw. im 1½ fachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist.

Der Gehalt, den die sämtlichen in Frage kommenden Beamten beziehen, entspricht seiner Höhe nach den für die Befreiung von der Krankenversicherung erforderlichen Beträgen. Er wird auch während der Kriegsdienstleistung und während der Beschäftigung in der Rüstungsindustrie weitergewährt. Diese Weitergewährung bildet aber keinen Anspruch in Sachen der Gewährleistung. Ganz abgesehen davon, ob überhaupt noch von Gewährleistung in Sachen der RVO. gesprochen werden kann, wenn der fortgewährte Gehalt, wie es bei der Anrechnung des Arbeitsverdienstes sehr häufig der Fall ist, unter das 1½ fache des Krankengeldes herabsinkt und ein Weiterbezug in dieser Höhe lediglich vom Verhalten der einschlägigen Firma der Rüstungsindustrie im Krankheitsfalle abhängt, erfolgt schon diese Weitergewährung aus einem mit dem Gedanken der Gewährleistung nach der RVO. in keinem Zusammenhang stehenden Grunde. Sie beruht ausschließlich auf § 66 des Reichsmilitärgesetzes, der den zum Heeresdienst einberufenen Reichs-, Staats- und Kommunalbeamten ihre Stellen, ihr persönliches Diensteinkommen aus denselben und ihre Anciennität, sowie alle sich daraus ergebenden Ansprüche wahrt. Diese Wahrung des Diensteinkommens ist aber nicht der Gewährleistung in Sachen des § 169 RVO. gleichzusetzen. Denn die Gewährleistung ist ein gesondertes, keineswegs allen, sondern nur bestimmten Beamten — eben denjenigen mit einer gewissen Gehaltshöhe — eingeräumtes Recht. Die Fortgewährung des Gehalts nach § 66 des Reichsmilitärgesetzes trifft jeden Reichs-, Staats- oder Gemeindebeamten ohne Unterschied unabhängig davon, ob er zu den versicherungspflichtigen oder den auf Grund der Gewährleistung nach § 169 RVO. versicherungsfreien Beamten zählt. Sie ist ein Ausfluß des auch während der Kriegsdienstleistung als fortdauernd angenommenen zivilrechtlichen Dienstvertrages zu Reich, Staat oder Gemeinde; sie vermag aber die versicherungsrechtliche Frage des Beschäftigungsverhältnisses nicht zu berühren.

Für diese sind ausschließlich die Grundsätze des Versicherungsrechts maßgebend. In dieser Beziehung hat jedoch das RVA. bereits wiederholt ausgesprochen (Entsch. 1969, 2233, 2362 Amtl. Nachr. 15 S. 371, 16 S. 588, 17 S. 516), daß die Fortzahlung von Gehaltsteilen und die Vereinbarung der Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses nach der Entlassung aus dem Militärverhältnis keineswegs als Beweis der Fortdauer des versicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnisses angesehen werden können. Dem RVA. lagen allerdings nur privatrechtliche Dienstverhältnisse vor, bei denen nicht der ganze, sondern nur ein Teil des Gehalts fortgewährt wurde; immerhin können die dort ausgesprochenen Grundsätze, da sie ja das für öffentliche wie für private Beamte gleiche Recht der Versicherung betreffen, auch auf den vorliegenden Fall Anwendung finden.

Das RVA. hat in den erwähnten Entscheidungen sich dahin ausgesprochen, daß nicht die Absicht der Beteiligten für die Frage der Fortdauer des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses maßgebend sei, sondern lediglich der Umstand, ob und wieweit der Eintritt des Beschäftigten in den Kriegsdienst die Verfügungsmacht des Arbeitgebers beseitige. Je nach dem Umfang dieser Beschränkung der Verfügungsmacht des Arbeitgebers bleibe auch das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis fortbestehen; da durch den Eintritt des Beschäftigten in den Kriegsdienst die Verfügungsmacht des Arbeitgebers in der Regel völlig beseitigt werde, so sei auch das Beschäftigungsverhältnis in versicherungsrechtlichem Sinne gelöst.

Diese Grundsätze, wie sie zunächst für die Beschäftigungsverhältnisse des § 165 RVO. ausgesprochen wurden, sind in vollem Umfange auch im Vollzuge des § 169 RVO. anwendbar. Auch hier wird ein Beschäftigungsverhältnis gefordert; der Unterschied gegenüber den Beschäftigungsverhältnissen des § 165 RVO. besteht nur darin, daß mit Rücksicht auf die sichere Leistungsfähigkeit des Reichs, eines Bundesstaats oder einer Gemeinde als Arbeitgeber die Versicherungsfreiheit Platz greift, wenn dem Beschäftigten gegen seinen Arbeitgeber, d. h. gegen das Reich, den Bundesstaat oder die Gemeinde ein Anspruch auf den Regelleistungen der Krankenkassen entsprechende Leistungen im Krankheitsfalle zusteht. Die Grundlage sowohl für die Versicherungspflicht des § 165 RVO. wie für die Versicherungsfreiheit der §§ 169 ff. RVO. ist aber stets dieselbe: das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses. An

dieser Grundlage fehlt es hier, da die Verfügungsmacht des Arbeitgebers (Stadtmagistrats) über die Beschäftigten völlig unterbunden ist.

Wenn daher auch der Dienstvertrag aufrecht erhalten und seine Folgen, wie Gehaltszahlung, Anciennitätsrechte usw. gemäß § 66 des Reichsmilitärgesetzes dem Beamten oder Angestellten gesichert bleiben, so ruht doch für die Dauer der Kriegsdienstleistung das Beschäftigungsverhältnis in versicherungsrechtlichem Sinne. Wie daher die Beamten und Angestellten, welche nicht von der Gewährleistung betroffen werden, aus der Pflichtmitgliedschaft bei der zuständigen Krankenkasse ausscheiden, so ist bei den nach § 169 RVO. von der Versicherung befreiten Beamten für die Dauer der Kriegsdienstleistung bzw. für die Dauer des Ruhens des Beschäftigungsverhältnisses im versicherungsrechtlichen Sinne die Gewährleistung aufgehoben. Denn der die Gewährleistung darstellende Anspruch auf den Regelleistungen der Krankenkassen entsprechende Leistungen muß gegenüber dem Arbeitgeber des Beschäftigten gegeben sein; als Arbeitgeber kann aber, da mangels der erforderlichen Verfügungsmacht ein Beschäftigungsverhältnis nicht mehr besteht, die Gemeinde nicht angesehen werden; Arbeitgeber ist vielmehr bei der Einweisung zu einem Betriebe der Rüstungsindustrie der betreffende Unternehmer.

Solange daher ein Beamter, der in seiner Zivilstellung auf Grund § 169 RVO. von der Versicherung befreit ist, militärischerseits nicht in seine frühere Tätigkeit, sondern zu irgendeiner dritten Beschäftigung abgestellt ist, unterliegt er auch der Versicherungspflicht, es sei denn, daß er auf Grund § 165 Abs. 1 Ziff. 2 mit Abs. 2 RVO. wegen Überschreitens der gesetzlichen Einkommensgrenze von 2500 *M* überhaupt nicht mehr zu den versicherungspflichtigen Personen gehört.

J. K. nimmt daher mit Recht für die Dauer seiner Beschäftigung bei der Firma Motorenfabrik in M. seine Versicherungspflicht in Anspruch.

Die Entscheidung ist rechtskräftig geworden.

C. Zur Unfallversicherung.

„Bedürftigkeit" als Voraussetzung der Aszendentenrente (§ 593 RVO.).

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 13. März 1918.

Es kommt nicht darauf an, welches Einkommen die Klägerin tatsächlich gehabt hat, sondern darauf, welches Einkommen sie hätte haben können, wenn sie sachgemäße Maßregeln ergriff und alle ihr zustehenden Hilfsquellen ausnutzte. Nach dieser Richtung ist die Klägerin aber lässig gewesen. Zunächst hätte sie sich alsbald nach dem Tode ihres Mannes um die Kriegsunterstützung, die ihr für ihren seit Juli 1915 im Heeresdienst befindlichen ältesten Sohn Peter zustand, bemühen müssen und hätte dann die ihr seit 1. Oktober 1916 gewährte reichsgesetzliche Familienunterstützung von monatlich 30 *M* erhalten. Sodann hätte sie ihren jüngsten Sohn, der als Knecht dient und ihr gegenüber gemäß §§ 1601, 1603 BGB. unterhaltspflichtig ist, nötigenfalls im Klagewege in Anspruch nehmen müssen. Daß dieser Sohn bei einem Bareinkommen von 400 *M* jährlich neben freier Station außerstande ist, ohne Gefährdung seines Unterhalts zum Unterhalte seiner Mutter beizutragen, kann nicht anerkannt werden. Da er „freie Station", d. h. zum mindesten freie Wohnung und freie Beköstigung hat, ist er in der Lage, von seinem Bareinkommen von monatlich 33,33 *M* einen Betrag von mindestens 10 *M* an die Klägerin abzugeben, selbst wenn sein Barlohn früher etwas geringer sein sollte. Die Klägerin hätte also sich alsbald nach dem Tode ihres Ehemannes von dritter Seite eine monatliche Unterstützung von mindestens 40 *M* verschaffen können. Was ihr dann noch zum Unterhalt fehlte, konnte sie durch eigene Erwerbstätigkeit und durch Beihilfen ihrer völlig arbeitsfähigen und ihr gegenüber gleichfalls unterhaltspflichtigen Tochter Emma sich verschaffen. Die Klägerin stand also zur Zeit des Todes ihres Sohnes Paul im rüstigen Alter von 42 Jahren; daß sie wegen irgendwelcher Gebrechen nicht mehr arbeitsfähig war, hat sie nicht dargetan, geht auch aus den angestellten Ermittelungen nicht hervor. Sie war also in der Lage, durch eigene Tätigkeit sich ein Einkommen zu verschaffen. Wenn sie mit Rücksicht auf ihre beim Betriebe der Pachtung erworbenen Fachkenntnisse in Hamburg ein Gemüsegeschäft auftat, so ist das nicht zu beanstanden. Wenn aber dieses Geschäft keinen ausreichenden Gewinn abwarf, so mußte sie es aufgeben und eine andere lohnende Tätigkeit suchen, ebenso ihre Tochter Emma. Arbeitskräftige Frauen finden jetzt überall gutbezahlte Arbeit, namentlich in den Rüstungsbetrieben. Es ist aber nicht glaubhaft, daß die Klägerin selbst aus dem Gemüsehandel nicht einen so hohen Gewinn erzielt hat, daß sie davon in Verbindung mit den vorerwähnten Unterstützungen sich nicht standesgemäß unterhalten konnte. Ihre Bedürftigkeit war somit zu verneinen.

(Breithaupt.)

Rentenzulage, wenn der Verletzte mehrere Renten bezieht.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Trier vom 6. Juni 1918 (6. 51/18).

H. hat zwei Betriebsunfälle erlitten, den einen am 13. Mai 1905, der die Absetzung des linken

Unterschenkels zwischen dem unteren und mittleren Drittel nach sich zog, den anderen am 12. August 1913, der die weitere Absetzung des linken Beinstumpfes im unteren Drittel des Oberschenkels bedingte. Für den ersten Unfall bezieht er von der Tiefbau-BG. eine Teilrente von 50 v. H., für den zweiten von der Rheinisch-Westfälischen Baugewerks-BG. eine solche von 40 v. H. Er beansprucht bei der letztgenannten BG. auf Grund der Bktm. vom 17. Januar 1918 die monatliche Zulage von 8 M. Der Antrag ging am 20. Februar bei der Adressatin ein. Die BG. wies jedoch den Antrag zurück, weil die von ihr zu zahlende Rente nur 40 v. H. der Vollrente betrage, während nur Renten von 66⅔ v. H. der Vollrente oder mehr zulageberechtigt seien.

Das OVA. hat die Tiefbau-BG. zugezogen. Dieselbe verhält sich dem Anspruch des Rentenempfängers gegenüber gleichfalls ablehnend. . . .

(Das Oberversicherungsamt **gelangt auf Grund von Erwägungen, die sich inhaltlich vollständig mit den Ausführungen von Heinrich v. Meer im Heft 20 dieser Zeitschrift, Seite 381 ff., decken, zu dem Ergebnis, daß weil beide Rentenberechnungsarten im wesentlichen das gleiche finanzielle Ergebnis erzielen und somit die Zusammenfassung der Renten von 50 v. H. und 40 v. H. für den Verletzten den gleichen Wert hat, wie eine Rente von 70 v. H., die er beziehen würde, wenn seine Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch einen einzigen Unfall bewirkt worden wäre", sein Anspruch grundsätzlich berechtigt ist.**)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Krankenkassen und Ärzte.

Die fünf großen Hauptverbände von Krankenkassen haben, besonders im Hinblick auf den Ablauf zahlreicher Verträge mit dem 31. Dezember 1918 (ArbVers. 1918 Heft 18 S. 359) folgende „Leitsätze für die Regelung der Beziehungen zwischen den einzelnen Krankenkassen und den Kassenärzten" aufgestellt:

A. Anstellung von Ärzten.

1. Die Kassen sollen Ärzte in solcher Zahl anstellen, daß einerseits die ärztliche Versorgung der in Betracht kommenden Versicherten und, wenn Familienhilfe besteht, ihrer versicherungsfreien Angehörigen gewährleistet und andererseits der einzelne Kassenarzt nicht überlastet ist. Nach dem Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten (Berliner Abkommen) sind die Kassen gehalten, auf je 1350 Versicherte einen Arzt (einschließlich der Fachärzte) anzustellen. In den Verträgen ist den Kassen die Möglichkeit offen zu halten, ärztliche Beratungsstellen, Polikliniken, Ambulatorien, Sprechstunden in den Fabriken, diagnostische Institute und dergl. einzurichten oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen.

2. Die **vor allem durch den Krieg bedingten Verhältnisse, welche den Kassen die Pflicht auferlegen, mehr als bisher die** Gesundheitspflege **und** vorbeugende Krankheitsfürsorge zu fördern, lassen die Anstellung festbesoldeter Kassenärzte zweckmäßig erscheinen.

3. Wenn der Abschluß von Verträgen mit einer nicht geringen Zahl von Ärzten in Betracht kommt, dann empfiehlt es sich, die Verhandlungen zunächst mit einer Vertretung der an der Praxis bei der betreffenden Kasse beteiligten Ärzte zu führen. An die Stelle der früher vielfach von den Ärzten geforderten Verhandlung mit den ärztlichen Vereinen tritt nach dem Berliner Abkommen die Verhandlung im Vertragsausschuß. Die Verhandlung mit der ärztlichen Organisation kann also nicht verlangt werden; die **Verhandlung mit den bei der Kasse beteiligten Ärzten ist unter allen Umständen vorzuziehen, weil dadurch am ehesten Gewähr für eine Verständigung geboten wird.** Die Verträge selbst sind, dem Wesen des Dienstvertrages und dem Berliner Abkommen (Ziff. 4 Abs. 2) entsprechend, mit den einzelnen Ärzten zu schließen.

4. Die Verträge sollen tunlichst langfristig, möglichst auf fünf Jahre unkündbar abgeschlossen werden. Die Kassen müssen auf langfristigen Verträgen bestehen. Eine Kasse kann nur dann ihre Fürsorge in dem Maße, wie es das Gesamtwohl unter den heutigen Verhältnissen erheischt, ausgestalten, wenn ihre ärztliche Versorgung nicht in kurzen Fristen der Gefahr von Störungen ausgesetzt ist.

5. In den Verträgen ist eine Kündigungsfrist von mindestens sechs Monaten vorzusehen, damit genügend Zeit für die Verhandlungen über die neuen Verträge gegeben ist. Es empfiehlt sich auch, eine Bestimmung anzufügen, wonach der Vertrag stets ein weiteres Jahr gilt, wenn die Kündigung nicht rechtzeitig erfolgt ist.

6. Bei der Erneuerung der Verträge sollen die bisher für die Kasse tätigen Ärzte berücksichtigt werden. Ein bisher für die Kasse tätiger Arzt sollte nur wegen eines wichtigen Grundes ausgeschlossen werden. Ob ein wichtiger Grund vorliegt, entscheidet das unter Ziff. 17 vorgesehene Schiedsgericht.

Bei Anstellung weiterer Ärzte ist nach Maßgabe des Berliner Abkommens (Ziff. 1) und der dazu aufgestellten Ausführungsbestimmungen zu verfahren; die Auswahl erfolgt durch den sogenannten Register-Ausschuß beim Versicherungsamt.

B. Arztsystem.

7. Es kann den Mitgliedern und bei Einschluß der Familienhilfe ihren versicherungsfreien Angehörigen entweder die Wahl unter den Kassenärzten freigestellt werden (Kassenarztsystem mit beschränkt freier Arztwahl) oder es können Bezirke gebildet werden für einzelne oder mehrere Ärzte, in welchem Falle die Versicherten an die Bezirksärzte allgemein oder bis zur nächsten Ummeldung gebunden sind.

Bei sogenannter freier Arztwahl sollen alle Ärzte, die Kassenpraxis treiben wollen, zugelassen und die Versicherten in der Wahl unter den zugelassenen Ärzten nicht beschränkt werden.

Die Krankenkassen dürfen dem Drängen der Ärztevereinigungen auf Einführung **der** freien Arztwahl **nicht nachgeben. Nach dem Berliner Abkommen kann, falls beide Parteien nicht einig sind, nur dann eine Änderung des Arztsystems bei einer Kasse stattfinden,**

wenn die tatsächlichen Verhältnisse die Einführung eines anderen Arztsystems im Interesse der Kasse erforderlich erscheinen lassen, wenn also ein wichtiger Grund vorliegt. Das Verlangen der Ärzte an sich ist natürlich kein wichtiger Grund. Ob ein wichtiger Grund anzunehmen ist, stellt das Schiedsamt fest.

C. Ärztliche Leistungen.

8. Die Verpflichtung der Kassenärzte zur Gewährung ärztlicher Behandlung hat sich ihrem Umfange und ihrer Dauer nach auf die gesamte ärztliche Versorgung zu erstrecken, die die Versicherten für sich und ihre versicherungsfreien Angehörigen nach Gesetz und Satzung von der Kasse beanspruchen können.

Dem Kranken ist die tatsächlich erforderliche Hilfe zu gewähren. Die Zahl und Art der ärztlichen Leistungen muß sich auf das nach pflichtmäßigem Ermessen des Arztes zur Krankheitsbeseitigung notwendige Maß erstrecken.

9. Arzneien und Heilmittel sollen nicht mehr als notwendig verordnet werden. Die bekannten Regeln der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind bei den Verordnungen streng zu beachten.

10. Arbeitsunfähigkeit darf nur wirklich arbeitsunfähigen Kranken bescheinigt werden. In Zweifelsfällen ist eine vertrauensärztliche Nachuntersuchung bei der Kasse anzuregen. Den Krankenkassen ist das Recht vorzuhalten, in den ihnen geeignet erscheinenden Fällen Nachuntersuchungen durch festangestellte Vertrauensärzte zu veranlassen zur Feststellung der Krankheit wie auch des Körperzustandes.

D. Bezahlung der ärztlichen Leistungen.

11. Die festangestellten Ärzte (Bezirks-, Vertrauensärzte und dergl.) erhalten bestimmte Gehälter. Im übrigen sollte die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit nur nach festen, für das Mitglied und Jahr zu berechnenden Pauschsätzen erfolgen. Sondervergütungen sollten daneben nur zugelassen werden bei größerem Zeitaufwand sowie bei besonderer Schwierigkeit und größerem Umfang der Leistungen (Geburtshilfe, chirurgische Leistungen, für welche die Gebührenordnung als Mindestsatz mehr als 5 ℳ vorsieht). Ob Nachtbesuche besonders bezahlt werden sollen, muß nach den örtlichen Verhältnissen beurteilt werden. Jedenfalls sollten die Sondergebühren einen bestimmten Teil des gesamten Pauschbetrages nicht übersteigen. Für die Wegegebühren ist ein Pauschsatz zu bestimmen nach Maßgabe der örtlichen Verhältnisse.

Es empfiehlt sich, wenn Familienhilfe gewährt wird, die allgemeinen Pauschsätze verschieden zu bemessen je für das Mitglied mit und ohne Familie. Die Pauschsätze sollen unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und der Einkommen der Ärzte sowohl der Leistungsfähigkeit der Kassen als auch dem Umfange der ärztlichen Leistungen Rechnung tragen und angemessen sein.

Die Kosten der Behandlung durch Fachärzte mit Ausnahme der Zahnärzte sollten aus den Pauschbeträgen bestritten werden.

Bei der Vergütung dürfen Unterschiede zwischen Pflicht- und freiwilligen Mitgliedern oder nach der Höhe der Einkommen der Versicherten nicht gemacht werden. Die Kassen dürfen in dieser Beziehung nach ihrem Wesen und ihrer Verfassung eine Klasseneinteilung nicht eintreten lassen. Eine verschiedene Bemessung der Beitragshöhe ist den Kassen ja auch nicht möglich.

Die näheren Festsetzungen über die Verteilung der Gesamtvergütung sind besonderer Vereinbarung vorzubehalten. Die Verteilung kann erfolgen nach der Zahl der für eine bestimmte Dauer (z. B. 4 Wochen) geltenden Krankenscheine oder nach Maßgabe der ärztlichen Leistungen (Punktsystem).

Bei Bezahlung der einzelnen Leistungen des Arztes ohne Begrenzung durch einen Pauschbetrag begegnen sich Arzt und Versicherter in dem Bestreben, einerseits möglichst viele Leistungen zu machen, andererseits möglichst viele Leistungen zu empfangen. Eine Prüfung über die Notwendigkeit der Leistungen ist der Kasse nur in sehr beschränktem Maße möglich. Die Bezahlung der einzelnen Leistungen ohne Einschränkung kann nur in Frage kommen bei Kassen mit einem guten Versichertenbestande und bei Kassenärzten, welche die Kasseninteressen nachdrücklich wahren.

12. Die Bescheinigungen über Krankheiten und Arbeitsunfähigkeit, sonstige Zeugnisse, Auskünfte, Gutachten einfacher Art, sowie alle anderen schriftlichen Äußerungen, wie sie in der Kassenpraxis vorkommen, werden durch die allgemeinen Vergütungen abgegolten. Besondere Vergütungen können dafür nicht beansprucht werden.

13. Die Vergütung sollte auf keinen Fall an die Ärztevereinigung oder dergl. abgeführt werden; die Kasse muß sich die endgültige Abrechnung vorbehalten und das Entgelt an den einzelnen Arzt leisten.

E. Ausschüsse für ärztliche Angelegenheiten.

14. Bei jeder größeren und mittleren Kasse sollte ein Ausschuß für ärztliche Angelegenheiten gebildet werden. Der Ausschuß soll aus der gleichen Zahl von Vertretern der Kasse und der Kassenärzte bestehen. Die Vertreter der Kasse werden von dieser bestellt, die ärztlichen Vertreter von den für die Kasse tätigen Kassenärzten aus ihrer Mitte gewählt. In dem Ausschuß führt, wenn nicht anderes vorgesehen wird, abwechselnd ein Vertreter der Kasse und der Kassenärzte den Vorsitz.

15. Aufgabe des Ausschusses ist, bei der Regelung aller die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder und die Stellung der Kassenärzte betreffenden Fragen mitzuwirken und durch Anträge, Verhandlungen und gutachtliche Äußerungen eine zweckmäßige und friedliche Lösung dieser Fragen zu fördern.

Insbesondere gehört zu den Obliegenheiten des Ausschusses:

a) Vorberatung neuer Arztverträge;
b) Erörterungen über Unzuträglichkeiten, die sich bei Ausführung geltender Arztverträge ergeben haben;
c) gutachtliche Äußerung über Anstellung neuer Kassenärzte und über die Abgrenzung von Kassenarztbezirken;
d) Besprechung von Vorschlägen zur Vereinfachung und Verbesserung des Geschäftsganges der Krankenkasse, soweit die Tätigkeit der Kassenärzte berührt wird;
e) Begutachtung von Einrichtungen für die Krankenüberwachung;
f) Prüfung des Bedürfnisses für die Anstellung von Heilgehilfen und für Einrichtungen zur ersten Hilfe;
g) Anweisungen über die Verordnungsweise;
h) Untersuchung von Beschwerden der Kassenmitglieder über Kassenärzte und der Kassenärzte über Kassenmitglieder.

16. Sonstige Ausschüsse zur Durchführung des Vertrages (Überwachungs-, Rezeptprüfungs-, Beschwerdeausschüsse und dergl.) müssen aus Kassen- und Arztvertretern in gleicher Zahl bestehen, nicht ausschließlich aus Vertretern der Ärzte.

F. Schiedsgericht.

17. Der gemäß Ziff. 14 zu bildende Ausschuß

entscheidet als Schiedsgericht über Streitigkeiten, die zwischen der Kasse und den Kassenärzten über die Auslegung und Ausführung bestehender Verträge entstehen.

Einigen sich die Mitglieder nicht, so wird ein unparteiischer Obmann gewählt, der über die Krankenversicherung unterrichtet sein muß. Kommt eine Wahl wegen Stimmengleichheit nicht zustande, so soll der Leiter des für die Kasse zuständigen Versicherungsamtes um Übernahme des Amtes oder um Bestellung eines Obmannes gebeten werden.

Die Entscheidungen des Schiedsgerichts sind endgültig und für beide Teile bindend.

Etwaige Kosten trägt der unterliegende Teil.

G. Besonderer Ratschlag für die Kriegszeit.

18. Die für die Kassen und Ärzte in Betracht kommenden Verhältnisse unterliegen während des Krieges fortlaufend Schwankungen und Änderungen, ihre künftige Gestaltung läßt sich nicht übersehen. Gegen zwei Drittel der Ärzte stehen im Heeresdienst. Es dürfte daher zur Zeit ratsam sein, sich mit den Kassenärzten dahin zu verständigen, daß die geltenden Verträge verlängert werden bis zum Schluß des Kalenderjahres, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist, wie dies z. B. auch die Bundesratsverordnung vom 11. Januar 1917 für die Amtsdauer der Kassenvertretungen feststellt. Den Kassenärzten könnte für die Zeit vom 1. Januar 1919 bis zur Vertragserneuerung ein Zuschlag zu der in dem Vertrage bestimmten Vergütung zugebilligt werden.

Der Landesverband bayerischer Ortskrankenkassen verhandelte in seiner Tagung vom 18. August d. J. u. a. über die Forderung der Ärzte auf Erhöhung ihrer Gebühren. Den Bericht erstattete der Verbandsvorsitzende Rechtsanwalt Dr. Nürnberger. Die zahlreich besuchte Versammlung nahm folgende Entschließung an:

„Es herrscht keine Meinungsverschiedenheit darüber, daß die durch den Krieg verursachte allgemeine Verteuerung der gesamten Lebensverhältnisse auch den Kassen die Verpflichtung auferlegt, die bisher gezahlten Gebühren für kassenärztliche Behandlung einer Nachprüfung zu unterziehen. Die anwesenden Kassenvertreter sind sich infolgedessen klar darüber, daß den zur Behandlung der Versicherten zugelassenen Ärzten eine angemessene Erhöhung ihrer Gebühren zugestanden werden muß.

Die Kassenvorstände geben sich jedoch der Erwartung hin, daß die Ärzte im Hinblick auf die außerordentlich starke Inanspruchnahme der Kassenmittel keine Forderungen erheben werden, die mit den vorhandenen Mitteln nicht in Einklang zu bringen sind.

Die Forderung einer 50- oder 100prozentigen Erhöhung der bisherigen Gebührensätze ist nicht durchführbar, weil nach den Zwecken und Aufgaben der Versicherungsgesetzgebung die Kasseneinnahmen, soweit sie aus den Versicherungsbeiträgen bestehen, in erster Linie den Versicherten zugute kommen sollen. Da nach den vorliegenden Rechnungsabschlüssen die Finanzverhältnisse der Kassen durch die lange Dauer des Krieges eine außerordentliche Schwächung erfahren haben, auch wenn die Erhöhung der Grundlöhne eine teilweise Erhöhung der Einnahmen zur Folge hatte, so würden außerdem die bisher bekanntgewordenen Forderungen der Ärzte, abgesehen davon, daß sie nicht immer und in allen Fällen der geleisteten Arbeit entsprechen, eine dauernde Gefahr für die Aufrechterhaltung des finanziellen Gleichgewichts in den Kassen bilden.

Die hier versammelten Kassenvorstände haben auch in Erwägung gezogen, daß der Krieg nicht nur auf dem Gebiete der ärztlichen Behandlung eine Erhöhung der Ausgaben hervorgerufen hat. Die Krankenhauspflege hat in einzelnen Bezirken ein fast unerschwingliches Ausgabensoll erreicht. Der Stand der Ausgaben für Arzneien und Heilmittel ist so gewaltig in die Höhe geschnellt, daß die Kassenverwaltungen Mühe haben, Einnahmen und Ausgaben in Einklang zu bringen; ebenso haben die Verwaltungsausgaben durch die Teuerungszulagen und durch die Verteuerung der sächlichen Kosten eine außerordentliche Erhöhung erfahren. Demgegenüber erachten es die Kassenvertreter als ihre Pflicht, die von der Ärzteschaft aufgestellte Forderung auf übermäßige Erhöhung oder gar auf eine Verdoppelung der bisherigen Gebührensätze abzulehnen.

In Erwägung der vorstehenden Tatsachen treten die Kassenvertreter, nachdem die Reichsversicherungsordnung die Möglichkeit dazu bietet, dafür ein, daß die Königl. Oberversicherungsämter in allen Bezirken im Sinne des § 370 RVO. die Kassen ermächtigen, statt der ärztlichen Behandlung ein Bargeld im halbfachen Betrage des Krankengeldes zu gewähren.

Die Vorstände sind der Überzeugung, daß die vielfach stattfindende Überarztung der Kassenmitglieder und der unangebrachte Verbrauch der Arzneimittel auf diese Weise eingeschränkt und daß die ohne jeden Zweifel verbleibenden Millionenwerte ihrem eigentlichen Zweck, nämlich der Unterstützung der Versicherten, zugute kommen werden.

Der Landesverband bayerischer Ortskrankenkassen wird beauftragt, alle Schritte zu unternehmen, die sich nach dem Inhalt der vorstehenden Entschließung als notwendig herausstellen.

Die heutige Tagung erwartet jedoch zuversichtlich, daß die Königl. Staatsregierung rechtzeitig Mittel und Wege finden wird, eine drohende Schädigung der Kasseninteressen aus Anlaß des Ärztevertragsabschlusses abzuwenden."

Statistisches von den Ortskrankenkassen.

Der Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen unternimmt alljährlich eine Erhebung über die wirtschaftlichen Ergebnisse der ihm angeschlossenen Kassen, die immer bemerkenswertes statistisches Material zutage fördert. Da seit Einführung der Reichsversicherungsordnung eine amtliche Statistik über die Geschäftsergebnisse der Krankenversicherung nicht erschienen ist, so bilden die Umfragen des genannten Hauptverbandes gewissermaßen einen „Kriegsersatz". An der Statistik sind 1125 Kassen mit 5 763 328 Mitgliedern beteiligt; das sind rund zwei Fünftel aller gegen Krankheit versicherter Personen. Hieraus geht hervor, daß es sich bei den Erhebungen vorwiegend um die ganz großen Ortskrankenkassen handelt.

Die angegebene Mitgliederzahl setzt sich zusammen aus 1 809 518 männlichen (42,1 v. H.) und 2 485 614 weiblichen (57,9 v. H.). Letztere haben sich seit dem Vorjahr um rund 300 000 vermehrt. In der Gesamtzahl sind 536 348 (12,5 v. H.) Versicherungsberechtigte und Weiterversicherte enthalten, darunter 338 935 weibliche. Da es sich vorwiegend um großstädtische Ortskrankenkassen handelt, sind die landwirtschaftlich Beschäftigten nur mit 5,3 v. H. in der Gesamtmitgliederzahl vertreten.

Die Einteilung der Versicherten nach Lohnstufen wird immer mehr zur ausschlaggebenden. Der Ortslohn als Maßstab für Beiträge und Leistungen kommt nur noch für einzelne Versicherungsgruppen (Versicherungsberechtigte, Dienstboten, Hausgewerbetreibende usw.) in Betracht. Das Lohn-

stufensystem findet durch Vermehrung der Lohnklassen eine immer größere Ausgestaltung. Die Kassenbeiträge werden fortgesetzt erhöht, namentlich in den Großstädten, wo bereits 62,1 v. H. der Kassen mit 86,6 v. H. der Mitglieder 4½ v. H. des Grundlohns als Beitrag erheben. Insgesamt hatten nur 296 Kassen bis 3½ v. H. Beitrag, 524 aber 4½ v. H. und mehr. Zusatzbeiträge für Familienhilfe werden nur von 54 Kassen mit 343 377 Mitgliedern erhoben. Ein Zeichen, daß diese Einrichtung wenig Anklang findet.

Die Leistungen der Kassen werden fortgesetzt ausgestaltet. Immer zahlreicher führen die Kassen Mehrleistungen ein. 154 Kassen mit rund 2¼ Millionen Mitgliedern gewähren die Krankenhilfe länger wie 26 Wochen, 218 Kassen mit 2¾ Millionen Versicherten gewähren mehr als die Hälfte vom Grundlohn als Krankengeld, 740 Kassen zahlen das Krankengeld auch für Wochenfeiertage, davon 302 Kassen für jeden Kalendertag, also auch für Sonntage. Die übergroße Mehrzahl der Kassen hat die Wartetage (Karenzzeit) für den Krankengeldbezug ganz aufgehoben oder beschränkt. Das Hausgeld bei Unterbringung verheirateter Versicherter in ein Krankenhaus beträgt bei 287 Kassen mehr wie die Hälfte des Krankengeldes. 784 Kassen leisten Zuschüsse für größere Heilmittel, teilweise bis zum Höchstbetrag von 150 M. 322 Kassen gewähren Krüppelfürsorge (§ 187 Ziff. 3 RVO.) teilweise bis zum Höchstbetrag von 100 M, 57 Kassen gewähren Krankenkost, etwa die Hälfte der Kassen haben Familienhilfe in irgendeiner Form (Arzt, Arznei, Krankenhauspflege usw. für Familienangehörige) eingeführt, etwa 200 Kassen leisten Arzt und Hebamme bei Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen usw. Meist ist eine Wartezeit für diese Mehrleistungen von 6 oder 26 Wochen eingeführt.

Das Arztwesen ist in der Statistik besonders eingehend behandelt. 158 Kassen haben festangestellte Bezirksärzte, der Rest von rund 830 Kassen hat die freie Arztwahl, davon 530 die unbeschränkte. In den Großstädten überwiegt die beschränkt freie Arztwahl, in den Mittelstädten die organisierte freie Arztwahl. Die Mehrzahl der Kassen bezahlt nach einem Pauschsatz, meist je Jahr und Mitglied; 433 Kassen bezahlen nach Einzelleistungen. Die Bezahlung der ärztlichen Familienhilfe geschieht zum weitaus größten Teil nach einem Pauschsatz. Dagegen wird die Tätigkeit der Fachärzte meist nach der amtlichen Gebührenordnung außerhalb der Pauschsumme vergütet. 350 Kassen haben Vertrauensärzte zur Nachuntersuchung von Erwerbsfähigen angestellt. In der Regel sind die Arztverträge mit dem zuständigen Ärzteverein abgeschlossen. Die übergroße Zahl der Verträge läuft mit dem 31. Dezember 1918 ab. Auf einen praktischen Arzt entfallen während des Krieges Mitglieder in den Großstädten 204, in den Mittelstädten 607, in den Kleinstädten 343 und auf dem Lande 243. Meist sind auch Zahnärzte und Zahntechniker zugelassen, und zwar wurden in der Regel Verträge mit ihnen abgeschlossen. Die Bezahlung geschieht vorwiegend nach Einzelleistungen.

Im Heilmittelwesen nimmt die Selbstabgabe durch die Kassen einen immer größeren Umfang an. Es geben ab 156 Kassen Verbandstoffe, 140 Kassen sonstige Artikel zur Krankenpflege, 69 Nähr- und Stärkungsmittel, 106 sonstige kleine Heilmittel, 51 Drogen und abgepackte Arzneimittel, 385 die Verbandstoffe an Ärzte usw. Der Umsatz betrug bei 81 Kassen mit ½ Million Mitgliedern 162 205 M. — Mit den Apothekern hatten 241 Kassen einen Rezepturrabatt von 10 v. H. vereinbart. Bei 150 Kassen ging er darüber hinaus bis zu 40 v. H. Eine Anzahl Kassen erhält auch Rabatt auf die amtlichen Handverkaufslisten. Im Durchschnitt wendeten alle Kassen für Arznei und sonstige Heilmittel aus Apotheken 3,64 M und für sonstige Arzneien und Heilmittel 0,96 M je Mitglied auf. Das ist gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung um etwa 30 ₰ je Mitglied. Man sieht, daß die Kassen die gewaltige Verteuerung der Arzneien durch anderweite Maßnahmen ausgeglichen haben.

Die Einweisung von Mitgliedern in Krankenhäuser hat infolge der starken Inanspruchnahme dieser Anstalten etwas abgenommen. Meist sind Verträge mit den Krankenhäusern abgeschlossen. Über die Hälfte aller Kassen zahlen für die Verpflegung einschließlich ärztlicher Behandlung je Tag bis zu 3 M, rund 200 Kassen aber auch schon mehr, und zwar bis zu 5 M. Die Eigenbetriebe der Krankenkassen haben sich weiter entwickelt. 15 OKK. besitzen Zahnkliniken, 18 Genesungsheime, 9 Badeanstalten, 3 Lungenheilstätten, 91 ein eigenes Verwaltungsgebäude, einige Kassen eine Poliklinik, eine Tageserholungsstätte usw.

Die Zahl der beschäftigten Angestellten betrug bei 866 Kassen mit rund 5 Millionen Mitgliedern etwa 6770. Davon waren angestellt 531 auf Grund des § 359 Abs. 1 und 2 RVO., 2975 auf Grund der Dienstordnung und 3257 als Hilfsarbeiter. Im Durchschnitt entfallen auf einen Angestellten bei Kassen, die die Beiträge zur Invalidenversicherung einziehen, 535 Mitglieder, und bei den Kassen, welche das nicht tun, 629. Ruhegehalt gewähren 344 Kassen mit 2¼ Millionen Mitgliedern an 1929 Angestellte, davon 115 Kassen aus eigenen Mitteln. Durch Rückversicherung haben sich 229 Kassen gedeckt. Eine große Anzahl von Kassen hat die Angestellten gegen Unfall versichert. Etwa ein Viertel der Kassen hat die ungeteilte Arbeitszeit eingeführt. Im einzelnen weist die Statistik nach, daß die Vergütung für die Besorgung der Invalidenversicherungsgeschäfte die wirklichen Aufwendungen dafür nicht deckt.

Für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung wurden von 100 Kassen mit 2 073 598 Mitgliedern 101 248 M aufgewendet. Bei 133 Kassen wurden durch die Krankenbesucher die Wohnungsverhältnisse festgestellt. An dem Fürsorgestellenwesen beteiligten sich die Kassen in großem Umfange. So wurden die Säuglingsfürsorgestellen von 102 Kassen mit 1 717 193 Mitgliedern zur Prüfung der Stilltätigkeit benutzt. — Der Krankenbestand hat ständig zugenommen. Im Durchschnitt waren 47,4 v. H. der männlichen und 39,2 v. H. der weiblichen Mitglieder erwerbsunfähig krank. Auf 100 Mitglieder kamen bei den Männern 971 und bei den Frauen 880 Krankengeldtage und 157 bzw. 146 Krankenhauspflegetage. Die Krankheitsursachen waren die Tuberkulose, die Gewerbekrankheiten usw. Im Durchschnitt entfiel auf ein Mitglied 15,64 M an Krankengeld, gegen 11,64 M im Jahre vorher. Das ist eine außerordentliche Steigerung.

Die Kassen hatten zusammen eine Einnahme von 246 Mill. Mk. und eine Ausgabe von 240 Mill. Mk. oder 56.60 M und 55,39 M je Mitglied. Das Reinvermögen sämtlicher Kassen beträgt 173 Mill. Mk., das war 1½ Mill. Mk. mehr als am Schlusse des Jahres 1916. Zur Rücklage gehören von dem Vermögen 126 Mill. Mk. Der gesetzliche Mindestbetrag von 147 Mill. Mk. ist danach bald erreicht. Die Verwaltungskosten erhöhten sich von 4,75 M im Jahre 1916 auf 5,32 M im Jahre 1917 je Mitglied. Ein umfangreiches Tabellenwerk erläutert diese summarischen Angaben des näheren.

Die wirtschaftlichen Nöte der Knappschaftsvereine.

Die Vermögensverhältnisse der deutschen Knappschaftsvereine waren schon vor Beginn des Krieges derart, daß sie in Wirklichkeit die Leistungen an die Knappschaftsmitglieder nicht garantieren konnten. Die Vermögenslage wird durch folgende Berechnung geschildert:

Das vorhandene Vermögen deckte die laufenden Pensionen im Jahre 1913 beim	für Jahre	Zur Deckung der Anwartschaften waren Ende 1913 durchschnittlich für 1 Pensionskassenmitglied vorhanden
Allgem. Knappschaftsverein Bochum	11	72 Mk.
Brandenburger Knappschaftsverein	19	286 „
Halberstädter Knappschaftsverein	12	174 „
Hallischen Knappschaftsverein	17	330 „
Haupt-Knappschaftsverein	11	166 „
Plessischer Knappschaftsverein	9	43 „
Rheinpreußener Knappschaftsverein	62	413 „
Thüringischer Knappschaftsverein	8	19 „

Der Krieg mit seinen Begleiterscheinungen hat diese Verhältnisse sehr verschlechtert. Nach einer Denkschrift über Maßnahmen zur Förderung der Gesundung in den geldlichen Verhältnissen der preußischen Knappschaftspensionskassen vom 25. Mai 1915, die dem preußischen Landtag vorlag, brachten die Kriegsjahre 1914/15 schon eine Belastung von 76 Millionen Mark für die Vereine mit sich. Nach einer Schätzung des Mathematikers Direktor Dr. Zimmermann, Bochum, wird sich die Summe im Jahre 1917 auf 160 Millionen Mark erhöht haben. Der Ministerialrat Dr. Rehmer schilderte im bayerischen Abgeordnetenhause am 13. Januar 1916 die Lage der bayerischen Knappschaftsvereine wie folgt: „Nach der Knappschaftsstatistik für 1914 beträgt die Gesamtsumme der Invaliden-, Witwen- und Waisenpensionen aller Vereine vor dem Kriege bereits 837 563 *M*. Nun ist zu befürchten, daß diese Lasten durch den Krieg auf nahezu eine Million steigen werden, wodurch sich die Lage der Vereine recht beträchtlich verschlechtern wird." Der Miesbacher Knappschaftsverein in Oberbayern, der 1916 am Jahresschluß 3193 Mitglieder aufwies, hat in den zwei Jahren 1915 und 1916 eine Vermögensminderung von 47 937 *M* durch die Kriegseinwirkungen erlitten. So war es auch bei den anderen deutschen Knappschaftsvereinen.

Inzwischen ist noch eine weitere bedeutende Steigerung der Lasten eingetreten; die Vermögensrücklagen der Knappschaftsvereine, welche die Leistungen garantieren sollen, werden dadurch immer kleiner. Waren doch Ende des Jahres 1917 schon 46 v. H. der Rücklagen durch die Einwirkungen des Krieges verbraucht. Das sind die vollen Einnahmen aller Knappschaftsvereine für 3 Jahre. Auf die Mitgliederzahl umgerechnet, kommen durchschnittlich 330 *M* auf den Kopf. Durch die Schwächung der Leistungsfähigkeit der Knappschaftsvereine leiden die Knappschaftsinvaliden, Witwen und Waisen.

Von den Versicherten werden die Leistungen der Knappschaftspensionskassen für die heutige Zeit bei der durch die Kriegseinwirkungen verteuerten Lebensweise als zu niedrig bezeichnet. Nach der Statistik der Knappschaftsvereine Preußens für das Jahr 1914 betrug die durchschnittliche Höhe der satzungsmäßigen Pensionen bei den Krankheitsinvaliden 388,40 *M* jährlich, bei den Unfallinvaliden 204,41 *M* und bei den Kriegsinvaliden (infolge der meist kürzeren Beitragszeit dieser) 185,18 *M*. Da durchschnittlich die Hälfte der Invalidenpensionen an Witwen gezahlt wird, ist zu ermessen, wie hoch die Renten dieser sind. Eine Erhöhung der Knappschaftsrenten ist seit Ausbruch des Krieges nur bei einzelnen Vereinen um geringe Beträge eingetreten und zwar nur dadurch, daß Bergwerksverwaltungen, so im Saarbrücker Knappschaftsverein, Teuerungszulagen zu den Renten bewilligen, die aber bei Reichsrentnern heute aufgerechnet werden. Ebenso verhält es sich bei dem größten der einschlägigen Versicherungsträger, dem Allgemeinen Knappschaftsverein Bochum, der sowohl den Knappschaftsinvaliden wie auch den Witwen und Waisen durch Zuwendungen des bergbaulichen Vereins Teuerungszulagen gab. Nachdem aber durch die Bundesratsverordnung vom 5. Januar 1918 Zulagen für Rentenempfänger der Invalidenversicherung gewährt werden, rechnet man auch hier diese Zulagen den Reichsrentnern auf.

Die Knappschaftsmitglieder drängen aber darauf, daß weitere Erhöhungen der Knappschaftsrenten eintreten. Diesen Anträgen gegenüber weisen aber die Knappschaftsvereine darauf hin, daß solche Aufbesserungen, deren Notwendigkeit durchaus anerkannt wird, infolge der verringerten Vermögensbestände der Vereine unmöglich sind. Die Werksvertreter in den Knappschaftsvereinen erklären, daß sie wohl die Notlage der Unterstützungsempfänger anerkennen, aber für Vergünstigungen nicht eintreten können.

Die vier großen Bergarbeiterverbände (der freigewerkschaftliche, der christliche usw.) haben deshalb an den Reichskanzler, den Reichstag und den Bundesrat die Bitte gerichtet, den Knappschaftsvereinen die Ausgaben, die ihnen durch die Kriegseinwirkungen entstanden sind, aus Reichsmitteln zu erstatten.

In einer längeren Begründung der Eingabe wird noch darauf hingezeigt, daß bei den kleinen Renten, die heute gezahlt werden, das Lebensalter der Invaliden und Witwen gekürzt wird und die Waisen körperlich verkümmern müssen. So gehe ein großer Teil der Volkskraft, die wir so dringend benötigen, verloren. Ebenso wie das Reich Mittel bereitstelle, um sonstige Schäden, die der Krieg verursacht, zu heilen, müsse auch hier dafür gesorgt werden, daß mit Reichsmitteln den Knappschaftsrentnern geholfen werde. Die Knappschaftsvereine seien auch ein solch wichtiger, sozialer Faktor, daß sie weiter leistungsfähig und auf gesunder Grundlage erhalten werden müssen. Durch die Reichsmittel würde auch das Knappschaftswesen gestärkt.

Vorsätzliche Zuziehung einer Krankheit?

Das österreichische Krankenversicherungsgesetz enthält eine dem § 192 Ziff. 2 unserer RVO. entsprechende Vorschrift über die Versagung von Krankengeld. Über einen interessanten Fall, der hierauf Bezug hat, berichtet der Wiener „Arbeiterschutz" in Nr. 30 vom 27. Juli 1918: Ein Kassenmitglied erkrankte an Magengeschwür und wurde in das Rudolfspital nach Wien gebracht. Nach der Meinung der behandelnden Ärzte würde durch Einführung von Blut die Dauer der Krankheit verkürzt, im günstigen Falle ihm das Leben gerettet werden. Sein Arbeitskollege, Monteur B., erklärte sich bereit, sich für ihn Blut abzapfen zu lassen. Durch diesen Blutverlust wurde aber B. krank und arbeitsunfähig. Sein Rayonarzt wies ihn mit der Begründung ab, er habe sich die Krankheit vorsätzlich zugezogen und könne

ihn deshalb nicht auf den Krankenstand nehmen. Das Mitglied wendete sich nun an den Vorstand der Kasse mit der Bitte, ihm für die Zeit seiner Arbeitsunfähigkeit, das ist vom 31. Mai bis 1. Juli 1918, das Krankengeld auszubezahlen. In der Vorstandssitzung vom 14. Juli 1918 beschloß der Vorstand nach längerer Beratung einstimmig, dem Gesuchsteller das Krankengeld wegen absichtlicher Zuziehung der Krankheit zu verweigern, weil gesetzlich und statutarisch nicht zulässig, ihm aber für seinen besonderen Opfermut im Interesse eines Mitgliedes einen Betrag in der Höhe des ihm für die Zeit seiner Arbeitsunfähigkeit zustehenden Krankengeldes ausnahmsweise zur Auszahlung zu bringen.

Mit Recht erachtet der „Arbeiterschutz“ die Ablehnung des Anspruchs auf Krankengeld in diesem Falle für unbegründet, indem er auf eine Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts (vom 11. Februar 1892, ArbVers. 1892 S. 250) verweist, worin es heißt:

„Der Verlust des Krankengeldes tritt nicht schon ein, wenn die Krankheit durch eigenes Verschulden des Mitgliedes herbeigeführt ist, oder wenn das Mitglied das schädigende Ereignis vorsätzlich herbeigeführt hat, obwohl es hätte überzeugt sein müssen, daß es sich durch dasselbe die Krankheit zuziehen werde, sondern erst dann, wenn die Absicht des Mitgliedes darauf gerichtet war, sich die Krankheit zuzuziehen. Der Wille des Kassenmitgliedes muß auf Herbeiführung der Krankheit gerichtet sein. Fehlt es an diesem Willen, und geht der Wille nur dahin, daß das Ereignis eintritt, welches die Krankheit zur Folge hat, so ist zwar das körperschädigende Ereignis, aber nicht die Krankheit vorsätzlich herbeigeführt.“

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Verfahren des Oberversicherungsamts, wenn in erster Instanz ein örtlich unzuständiges Versicherungsamt entschieden hat.

1. Nach D. Antwort: Als Kern Ihres Zweifels entnehmen wir Ihrem Schreiben folgende Frage: Kann, wenn in einer Streitsache ein nach §§ 1637, 1638 RVO. örtlich nicht zuständiges Versicherungsamt entschieden hat, das im Rechtsmittelwege angerufene Oberversicherungsamt in der Sache selbst entscheiden, oder muß es die Entscheidung des Versicherungsamts aufheben und die Sache an das zuständige Versicherungsamt, selbst wenn dieses in einem anderen Bundesstaate liegt, zurückverweisen? — Hierzu ist zunächst zu bemerken, daß die „Zurückverweisung“ schon sprachlich und überdies nach der Fassung der §§ 1690, 1715, 1796 immer nur Verweisung an eine Stelle, die schon in früherer Instanz mit der Sache befaßt war, bedeutet, daß also die Verweisung an ein anderes Versicherungsamt niemals in Frage kommen kann. In dem der Anfrage zugrunde liegenden Falle kann aber die Sache auch an das Versicherungsamt, welches in erster Instanz entschieden hat, nicht wegen seiner Unzuständigkeit zurückverwiesen werden, weil dies sinnlos wäre. Es könnte also nur in Frage kommen, ob das Oberversicherungsamt die Entscheidung des Versicherungsamts aufzuheben und die Klage wegen der Unzuständigkeit dieses Amts abzuweisen hat. Aber auch dies ist durch besondere Vorschriften des Gesetzes ausgeschlossen. Der § 1640 regelt ein Zwischenverfahren für den Fall, daß das angerufene Versicherungsamt ein anderes für zuständig hält. Nur in diesem Verfahren kann ein Streit über die Zuständigkeitsfrage oder ein von Amts wegen erhobenes Bedenken des angerufenen Versicherungsamts erledigt werden. Das Versicherungsamt darf sich also nicht etwa selbst durch Urteil für unzuständig erklären und die Klage deshalb abweisen. Hat es aber ein Bedenken gegen seine Zuständigkeit überhaupt nicht erwogen oder ein von einem Beteiligten in dieser Richtung erhobenes Bedenken für unbegründet erachtet und folglich in der Sache selbst entschieden, obwohl es tatsächlich unzuständig war, so entscheidet über die Berufung gegen dies Urteil das übergeordnete Oberversicherungsamt (§ 1676; vgl. für Invalidenversicherungssachen den entsprechenden § 1678), d. h. dies Oberversicherungsamt ist nunmehr zur Entscheidung der Sache im vollen Umfange berufen und darf, wie das Versicherungsamt, weder sich selbst noch das Versicherungsamt für unzuständig erklären und deshalb die Klage abweisen. Dies ist auch der klare Sinn der von Ihnen angeführten Abhandlung in den MonBl. für ArbVers. 1917 S. 124. Nicht ausgeschlossen wird dadurch eine Zurückverweisung an das Versicherungsamt auf Grund des § 1690 wegen anderer wesentlicher Mängel des Verfahrens. Erfolgt solche Zurückverweisung, so darf auch das Versicherungsamt die Sache nicht mehr wegen Unzuständigkeit nach § 1640 an ein anderes Versicherungsamt abgeben, sondern muß sachlich entscheiden (Entsch. des RVA. 2446, Amtl. Nachr. 1918 S. 315). Liegt zu solcher Zurückverweisung aber kein Anlaß vor, so muß das Oberversicherungsamt selbst den Rechtsstreit durch eine sachliche Entscheidung abschließend erledigen.

Erstattung des von der Kasse für die Zwangsheilung Geschlechtskranker gezahlten Ersatzes.

2. Nach Cöln. Antwort: Die Entscheidungen der Gerichte schaffen nicht neues Recht, sondern legen nur das bestehende aus. Die Stadtverwaltung kann daher die Erstattung des Ersatzes, den ihr die Kasse für die landespolizeiliche Unterbringung Geschlechtskranker geleistet hat, nicht deswegen verweigern, weil jene Fälle vor der Entscheidung des Reichsgerichts vom 11. Februar 1918 (ArbVers. 1918 S. 227) sich ereignet hätten und daher nach einer Entscheidung des

Landgerichts I Berlin vom 19. Oktober 1917 zu beurteilen seien. Vielmehr kann die Kasse Rückzahlung für diejenigen Fälle beanspruchen, in denen sie irrtümlicherweise angenommen hatte, daß die Unterbringung im Krankenhause im Wege der Armenpflege erfolgt sei, obwohl sie aus Gründen der öffentlichen Gesundheit polizeilich angeordnet war. Der Anspruch ist auf ungerechtfertigte Bereicherung zu stützen (§§ 812 ff. BGB.) und vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen.

Bezahlung der Arztkosten neben Leistung des Entbindungskostenbeitrages bei der Kriegswochenhilfe.

3. Nach Wörth. Frage: Ein Kassenmitglied hat entbunden. Da Stirnlage des Kindes vorlag, so wurde der Kassenarzt zur Entbindung zugezogen. Am 19. Februar 1918 wurden der Versicherten auf ihren Antrag 25 ℳ Entbindungskostenbeitrag und Wochengeld für 29 Tage von der Kasse ausbezahlt. Nun soll diese auch noch die ärztlichen Entbindungskosten bezahlen. Ist die Kasse, nachdem schon der Entbindungskostenbeitrag von 25 ℳ geleistet worden ist, auch noch dazu verpflichtet?

Antwort: Die Entbindung hat einen unregelmäßigen Verlauf genommen, so daß besondere Krankenpflege erforderlich wurde. Insoweit gilt sie als Krankheit. Demnach ist die Kasse auch zur Bezahlung der Arztkosten verpflichtet. Nun läßt sich aber im vorliegenden Fall die eigentliche Entbindung von der Krankheit und demgemäß auch nicht der Kostenbetrag für beide voneinander trennen. Aus diesem Grunde braucht die Kasse die Arztkosten nur insoweit zu bezahlen, als diese einschließlich noch etwaiger anderer Entbindungskosten den bereits geleisteten „Beitrag" von 25 ℳ übersteigen.

Versicherungspflicht des Kindes einer Zeitungsausträgerin.

4. Nach Geestemünde. Frage: Es besteht hier, wie anderweitig wohl auch, die Sitte, daß schulpflichtige Kinder den Müttern beim Austragen von Zeitungen behilflich sind, um zu vermeiden, daß die Leser nicht allzu spät in den Besitz der Zeitung gelangen. Z. B.: Eine Frau hat für einen umfangreichen Stadtteil 300 Stück übernommen und würde, wenn sie die Zeitungen allein austragen würde, etwa 4 Stunden Zeit benötigen. Damit keine Beschwerden an den Verleger für verspätete Zustellung gelangen, hilft die 15jährige Tochter beim Austragen. Die hierauf verwandte Zeit beträgt demnach nur zwei Stunden. Die Mutter erhält für jedes Stück monatlich 20 ₰ und ist dem Verleger allein für ordnungsmäßige Zustellung verantwortlich; die Zeitung erscheint zweimal am Tage. Der Verleger, der nach Lage der Sache weiß, daß die Mutter zum Austragen der übernommenen Zeitungen einer Mithilfe bedarf, hat aber nur die Mutter allein zur Krankenversicherung angemeldet und beruft sich darauf, daß, wenn diese Trägerinnen sich jugendliche Hilfskräfte beim Austragen der Zeitungen heranziehen, dieses auf deren eigene Verantwortung geschieht. Da die Beschäftigung der jugendlichen Hilfskräfte keine gelegentliche ist, unterliegen sie unseres Erachtens der Krankenversicherungspflicht. Wir haben den Verleger, unter Hinweis auf Ziff. 14 der Anleitung über den Kreis der nach der RVO. zu versichernden Personen, aufgefordert, die jugendlichen Hilfskräfte zu melden. Da dieser sich weigert, fragen wir an, ob unsere Auffassung richtig oder ob die Mutter als Arbeitgeber anzusehen ist.

Antwort: Die Mutter als Botin im Dienste des Verlegers unterliegt für ihre Person der Versicherungspflicht (zu vgl. Ziff. 67 der erwähnten Anleitung). Als Arbeitgeberin ihres Kindes kann sie danach nicht angesprochen werden, wohl aber besteht zwischen diesem Kinde und dem Verleger ein mittelbares Beschäftigungsverhältnis, wenn die von Ihnen angegebenen Umstände als richtig unterstellt werden, der Verleger also im Interesse seines Geschäfts die möglichste Beschleunigung wünschen und deshalb mit der Annahme einer Gehilfin durch die Austrägerin rechnen muß. Dann empfängt diese in dem vereinbarten Stücklohn zugleich den Entgelt für die Hilfsdienste des Kindes, das folglich gleichfalls der Versicherungspflicht unterliegt. Der Hinweis der Kasse auf Ziff. 14 der Anleitung trifft zu.

Sonn- und Feiertage als Arbeitstage.

5. Nach Elberfeld. Frage: Nach unseren Satzungen erhalten Kassenmitglieder, die regelmäßig an allen sieben Kalendertagen der Woche arbeiten, im Falle der Arbeitsunfähigkeit auch für Sonn- und Feiertage Krankengeld. Die Beiträge dieser Mitglieder werden um ein Sechstel erhöht. Es sind hier Zweifel darüber entstanden, ob a) Mitgliedern, wie z. B. Feuerwehrleuten, denen regelmäßig nach 72 stündiger Arbeitszeit eine 24 stündige Pause gewährt wird und deren Arbeitsschicht, weil sie jeweils vom Mittag des einen bis zum Mittag des folgenden Tages dauert, somit alle 7 Tage der Woche berührt, und b) Mitgliedern, wie Fuhrleuten, denen der Stalldienst obliegt, welche daher außer an den 6 Werktagen auch regelmäßig jeden Sonn- und Feiertag, wenn auch nur für 1 bis 2 Stunden zum Betriebe kommen müssen, im Erkrankungsfalle ein Anspruch auf Krankengeld für die Sonn- und Feiertage zusteht.

Antwort: In beiden Fällen halten wir den Anspruch auf Krankengeld für Sonn- und Feiertage für begründet, weil die Voraussetzung der Satzung, daß die Versicherten an allen sieben „Kalendertagen" arbeiten, erfüllt ist und diese Fassung der Bestimmung mit dem Begriffe des Arbeitstages im Sinne des § 182 RVO. wohl vereinbar ist; wie lange an den einzelnen Kalendertagen (von Mitternacht zu Mitternacht gerechnet) gearbeitet wird, ist ohne Belang (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 7 b zu § 182). Allerdings scheint dieser Auffassung die Entsch. des RVA. 2027, ArbVers. 1915 S. 614 entgegenzustehen. Dort ist mit Bezug auf Betriebe, in denen die Beschäftigung von Arbeitern an Sonn- und Feiertagen gesetzlich verboten ist (§ 105 b GewOrdg.), ausgesprochen: es fehle jeder Anlaß, den Arbeitern, die regelmäßig nur sechs Tage in der Woche arbeiten (wenngleich der arbeitsfreie Tag von 24 Stunden sich nicht immer mit dem Sonn- oder Feiertag deckt), Krankengeld für sieben Tage zu zahlen. Aber weiterhin ist bemerkt, daß den in solchen Gewerben Beschäftigten Anspruch auf Krankengeld „im allgemeinen" nicht zustehe. Es ist also Raum für Ausnahmen gelassen, und eine solche Ausnahme muß gelten für Arbeiter, die nach der besonderen Art ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung sich auch an Sonn- und Feiertagen für bestimmte Arbeiten zur Verfügung halten müssen, zumal wenn diese Arbeiten unter die Ausnahmen vom Sonntagsruhegebot fallen (zu vgl. §§ 105 c und d GewOrdg.).

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1221 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 21. September 1918. Heft 27

Die Zeitrenten in der Invalidenversicherung.

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg (Großh.).

Die Ausführungen von Kleeis in der Arb.-Vers. S. 384 über die Zeitrenten geben mir Anlaß zu folgenden Darlegungen. Kleeis irrt, wenn er annimmt, daß die Zeitrenten eine Kriegserrungenschaft seien, wie „Strekkin" und „Ciolin", und daß sie eingeführt seien, um die Arbeitslast bei den Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern zu vermindern. Richtig ist vielmehr, daß die Zeitrenten so alt sind wie die Invalidenversicherung selbst; sie sind eine notwendige Folge der gesetzlichen Bestimmungen. Die Krankenrente ist nach § 1255 RVO. für die „weitere Dauer der Invalidität" zu gewähren, also nicht für die Zeit nach Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit. Wenn nun ein Versicherter, der länger als 26 Wochen invalide gewesen ist, nach Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit die Gewährung der Krankenrente für die Dauer der Invalidität beantragt, oder wenn die Invalidität jedenfalls bis zur Entscheidung des Versicherungsträgers beseitigt ist, so ergibt sich von selbst, daß eine Zeitrente zu bewilligen ist. Derartige Fälle kamen bis zum Kriege hauptsächlich dann vor, wenn die Landesversicherungsanstalt ein Heilverfahren durchgeführt hatte. Im Bezirke der Landesversicherungsanstalt Oldenburg wird dem Versicherten in solchen Fällen die Stellung eines Antrages auf Gewährung der Krankenrente für die Dauer der Invalidität nahe gelegt. Zuweilen treffen auch die Kontrollbeamten auf ihren Reisen Versicherte an, die länger als 26 Wochen invalide gewesen sind und veranlassen diese dann zu einem Rentenantrage. Nur ein Ueberbureaukrat könnte empfehlen, in derartigen Fällen die Krankenrente für unbestimmte Zeit zu gewähren und sie gleichzeitig durch besonderen Entziehungsbescheid zu entziehen. Wollte man dies tun, so hätte der Versicherte in formeller Beziehung keinen Vorteil, denn die Sicherungen sind für ihn in bezug auf Begutachtung durch das Versicherungsamt und Anhörung der Versicherungsvertreter bei der Bewilligung der Zeitrenten die gleichen wie bei der Entziehung der Renten, sachlich würde man aber stets zu einem unrichtigen Ergebnis kommen, denn die Rente wäre dann nicht lediglich für die Dauer der Invalidität zu gewähren, sondern nach § 1308 RVO. bis zum Ablauf des auf die Zustellung des Rentenentziehungsbescheides folgenden Monats, also meist noch längere Zeit über den Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit hinaus.

Richtig ist nur, daß die Zeitrenten seit dem Kriege erheblich zugenommen haben. Das liegt eben daran, daß die Fälle von vorübergehender Invalidität infolge der Verwundungen und Erkrankungen im Felde sich außerordentlich vermehrt haben. Im Jahre 1913 wurden 11 806 Krankenrenten bewilligt, im Jahre 1917 79 834. Mit der Zu-

nahme der Krankenrenten stieg notwendig auch die Zahl der Zeitrenten.

Kleeis sagt ferner, die gleichmäßige Handhabung bei fast allen Versicherungsträgern deute darauf hin, daß hier gemeinsame Verständigungen vorliegen. Dagegen wäre ja nichts zu sagen. Tatsächlich liegen aber derartige Verständigungen nicht vor. Mir ist nicht bekannt, wie andere Versicherungsträger verfahren. Die beiden Beispiele, die Kleeis anführt, beweisen, daß das Verfahren bei den beiden in Betracht kommenden Versicherungsanstalten grundverschieden ist. Bei der Landesversicherungsanstalt Oldenburg ist es noch anders, wie sich aus den weiter folgenden Darlegungen noch ergibt.

Richtig ist, daß wohl alle Versicherungsträger versuchen, sich mit dem Rentenbewerber zu einigen. Das geschieht aber nicht auf Grund einer „Verständigung", sondern weil es gesetzlich vorgeschrieben ist. Nach § 1624 RVO. findet nämlich mündliche Verhandlung unter Zuziehung der Versicherungsvertreter in solchen Fällen nicht statt, in denen der Versicherungsträger und der Berechtigte einig sind, und nach § 89 VAO. hat der Vorsitzende des Versicherungsamt, wenn er den Anspruch für begründet erachtet, zunächst von der mündlichen Verhandlung abzusehen und die Akten mit seinem Gutachten der Versicherungsanstalt zur Aeußerung darüber zu senden, ob sie sich mit dem Berechtigten einigt. Die Versicherungsanstalten sind also verpflichtet, den Versuch zu machen, sich mit dem Rentenbewerber zu einigen, und das tun sie denn auch, freilich mit der durch die Rechtslage gebotenen Einschränkung. Denn die Einigung ist nur erforderlich für die Frage, ob mündliche Verhandlung mit den Versicherungsvertretern vor dem Versicherungsamt stattzufinden hat, sie braucht also nicht zu erfolgen in denjenigen Fällen, in denen diese mündliche Verhandlung überhaupt nicht stattfindet, nämlich, wenn es sich um Altersrente, Waisenrente, Witwengeld, Waisenaussteuer, Kapitalabfindung (§ 1624 RVO.) oder lediglich um Beginn und Höhe der Rente (§ 88 VAO.) handelt. In denjenigen Fällen, in denen der Versicherungsträger den Anspruch auf Invaliden-, Witwen- oder Krankenrente in vollem Umfange anerkennt, kann m. E. die Einigung dadurch erfolgen, daß der Versicherungsträger dem Versicherten den dem Antrage entsprechenden Rentenbescheid zustellt (Appelius-Düttmann-Seelmann, Verfahren vor den Versicherungsbehörden S 72). Der Versicherte erhält dadurch alles was er beantragt hat, die Einigung ist also erzielt.

Die mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt ist aber weder durch die RVO., noch durch die VAO. ausgeschlossen, wenn die Rente nur bis zu einem bereits abgelaufenen Zeitpunkt bewilligt werden soll. Hier ist also stets der Versuch der Einigung zu machen. Hat der Versicherte von vornherein die Gewährung der Krankenrente nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt beantragt und will die Versicherungsanstalt diesem Antrage stattgeben, so erzielt sie die Einigung dadurch, daß sie den Bescheid zustellt. Ist aber die Gewährung einer Krankenrente ohne Angabe eines Endzeitpunktes beantragt und will die Landesversicherungsanstalt nur eine Zeitrente bewilligen, so muß sie mit dem Versicherten in Verhandlungen eintreten, um den Versuch der Einigung zu machen. Kommt die Einigung zustande, so wird die Rente festgesetzt, kommt sie nicht zustande, so gehen die Akten an das Versicherungsamt zur mündlichen Verhandlung zurück. So erklärt sich das von Kleeis beanstandete Verfahren einfach aus den gesetzlichen Vorschriften, die wieder den Zweck haben, überflüssige mündliche Verhandlungen vor den Versicherungsämtern zu vermeiden. Die Zweckmäßigkeit dieser Vorschriften kann niemand bestreiten. Niemand hat Interesse daran, daß Rentensachen, in denen Versicherungsträger und Versicherter einig sind, noch in mündlicher Verhandlung vor dem Versicherungsamt erörtert werden, dagegen haben derartige überflüssige Verhandlungen erhebliche Nachteile. Kleine Versicherungsämter müssen oft wegen jeder einzelnen Rentensache eine besondere Sitzung abhalten, da andere Sachen nicht vorliegen.

Die beiden Versicherungsvertreter und der Versicherte selbst, die an den Ort des Versicherungsamtes reisen müssen, verlieren dadurch oft einen ganzen Arbeitstag. Andere Versicherungsämter lassen die Sachen ansammeln, bis genügend Fälle für eine Sitzung vorhanden sind. Darüber können Monate vergehen.

Nun zu der Form der Einigung. Es ist selbstverständlich, daß jeder Druck auf den Versicherten vermieden werden muß. Der Verdacht, daß ein solcher Druck ausgeübt worden sei, wird am besten dadurch vermieden, daß mit dem Versicherten schriftlich verhandelt wird, wenngleich rein sachlich genommen die mündliche Aussprache vorzuziehen ist, weil dadurch die Sach- und Rechtslage dem Versicherten besser klar gemacht werden kann. Eine schriftliche Verständigung wird denn auch in dem ersten von Kleeis auf S. 385 mitgeteilten Falle versucht, in welchem die Krankenrente bis zu einem bestimmten Tage angeboten wird unter Hinweis darauf, daß bei Nichtannahme des Angebots wegen der Notwendigkeit weiterer Beweiserhebung und der mündlichen Verhandlung vor dem Versicherungsamt eine Verzögerung eintritt. Ich wüßte nicht, was gegen diese Fassung einzuwenden ist. Dabei ist nach meinen Erfahrungen der Hinweis auf die Folgen der Nichtannahme nicht einmal nötig. Bei der Landesversicherungsanstalt Oldenburg wird dem Rentenbewerber in derartigen Fällen schriftlich mitgeteilt, daß die Landesversicherungsanstalt bereit sei, die Krankenrente bis zu einem bestimmten Tage zu gewähren und dabei angefragt, ob er damit einverstanden sei. Mitteilung über die Folgen der Ablehnung wird nicht gemacht. Dieses Angebot wird fast durchweg ohne weiteres angenommen. Wird in einzelnen Fällen weitere Aufklärung verlangt, so wird diese gegeben; gegebenenfalls wird nach den Angaben des Rentenbewerbers weiterer Beweis erhoben. Ist der Versicherte aus anderem Anlaß im Dienstgebäude der Landesversicherungsanstalt anwesend, insbesondere zu einer Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt, so wird mit ihm mündlich verhandelt. Auch hier wird das Angebot der Landesversicherungsanstalt fast stets ohne weiteres angenommen. In welchem Umfange die Gewährung von Zeitrenten in Frage kommt, kann man daraus entnehmen, daß von den von der Landesversicherungsanstalt Oldenburg im Jahre 1916 festgesetzten 455 Krankenrenten 281 Zeitrenten waren, d. h. 62 v. H., während im Jahre 1914 sich unter 76 Krankenrenten 33 Zeitrenten befanden, d. h. 43 v. H., ein erfreuliches Zeichen dafür, daß die durch Kriegsbeschädigung hervorgerufene vorübergehende Invalidität im Durchschnitt früher beseitigt ist als bei anderen Invaliditätsursachen.*)

In dem zweiten von Kleeis auf S. 385 mitgeteilten Falle, der von Verzicht spricht, gegen den Kleeis sich besonders wendet, liegt anscheinend eine Verwechslung mit einem anderen Falle vor. Es handelt sich offenbar nicht um die Gewährung von Zeitrenten, sondern um den Wegfall bereits bewilligter laufender Renten, denn Kleeis spricht hier von dem Verzicht auf laufende Renten, also nicht von Zeitrenten, auch bezieht sich Kleeis auf die Rev.-Entsch. 1862, die nur von dem Wegfall bereits bewilligter Renten handelt. Ich komme hierauf unten noch zurück. Bei den Zeitrenten kann man von einem Verzicht nicht sprechen, denn verzichten kann man begreiflich nur auf Ansprüche die man hat, nicht auf solche die man nicht hat. Ein solcher Verzicht kommt also in Frage, wenn es sich darum handelt, eine bereits bewilligte Krankenrente in Wegfall zu bringen, denn diese ist bis zur Entziehung oder Einstellung fortzuzahlen, auch wenn inzwischen schon wieder Erwerbsfähigkeit eingetreten war. Bei den Zeitrenten lag aber nach Ansicht der Versicherungsanstalt ein Anspruch nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt vor, während darüber

---

*) Von den Verwundeten, abzüglich der Gefallenen und der später ihren Wunden Erlegenen, gelangen rund 73 v. H. zur Front zurück, bei 10 v. H. tritt Dienstunbrauchbarkeit ein, während der Rest als garnison- oder arbeitsverwendungsfähig beim Heere verbleibt.

hinaus ein solcher Anspruch nicht vorhanden ist. Es handelt sich hier also nicht um einen Verzicht. Wollte man hier die Einigung in die Form eines Verzichtes kleiden, so würde ich das für unzweckmäßig halten, weil dadurch der Anschein erweckt würde, daß der Versicherte Rechte aufgeben soll, die er hat.

Hiernach liegt die Sache bei den Zeitrenten so. Will die Versicherungsanstalt die Rente nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt gewähren und erklärt sich der Versicherte damit nicht einverstanden, so ist zunächst mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt erforderlich. Alsdann erläßt die Versicherungsanstalt einen Bescheid, durch welchen sie die Rente bis zu dem bestimmten Zeitpunkt feststellt und den Anspruch im übrigen abweist. Gegen diesen Bescheid ist unbeschränkt Berufung zulässig. Nach der endgültigen Abweisung ist Wiederholung des Antrages im allgemeinen erst nach einem Jahre zulässig (§ 1635 RVO.). Hat dagegen der Rentenbewerber auf die Anfrage der Landesversicherungsanstalt sich mit dieser geeinigt und den Antrag auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt, so findet vor der Bescheiderteilung nur Begutachtung durch das Versicherungsamt, nicht mündliche Verhandlung unter Zuziehung der Versicherungsvertreter statt (§ 1624 RVO.). Die Versicherungsanstalt stellt dann die Rente dem Antrage entsprechend fest. Gegen diesen Bescheid ist zwar Berufung zulässig, doch kann der Versicherte mit der Berufung die Rente nicht über den beantragten Zeitpunkt hinaus beanspruchen, denn die Berufung lediglich zur Erweiterung des Anspruchs ist nicht zulässig. (Amtl. Nachr. 1901, S. 433, Z. 910.) Das ist ohne weiteres einleuchtend, denn die erstinstanzliche Entscheidung steht der Landesversicherungsanstalt zu; über die weitergehenden Ansprüche war aber durch die Versicherungsanstalt noch nicht entschieden.

Nun könnte man einwenden, daß hierin eben die Benachteiligung des Versicherten läge; das wäre aber unrichtig. Irgend eine Benachteiligung tritt nicht ein. Hat der Versicherte in dem ersten Verfahren den Anspruch auf einen bestimmten Zeitpunkt eingeschränkt und die Versicherungsanstalt dementsprechend die Rente bis zu diesem Zeitpunkt festgestellt, so kann der Versicherte, wenn er nachträglich doch glaubt, weitergehende Ansprüche zu haben — das kommt ja in einigen wenigen Ausnahmefällen vor — jederzeit seine Ansprüche in einem neuen Verfahren verfolgen. Irgend welche Einschränkungen gelten hier nicht. Das frühere Verfahren bezog sich nur auf die Zeit bis zum Endpunkt der Rente, ein Bescheid, der einem neuen Verfahren hindernd im Wege stehen würde, ist also nicht vorhanden. Die Annahme von Kleeis, daß die Versicherungsanstalten in solchen Fällen entweder den Nachweis dauernder Invalidität oder die Zurücklegung einer neuen Wartezeit für die abermalige Krankenrente fordern, ist unrichtig. Die Versicherungsanstalten verlangen derartige Nachweise überhaupt nicht, sondern klären, wie das Gesetz es vorschreibt, den Sachverhalt von Amtswegen auf und treffen auf Grund des so gewonnenen Akteninhalts ihre Entscheidung.

Hiernach ist es verkehrt, wenn die Versicherten, nachdem ihrem Antrage in vollem Umfange stattgegeben ist, gegen den Bescheid Berufung mit dem Antrage einlegen, die Rente über den festgestellten Zeitpunkt hinaus zu gewähren. Das hat lediglich eine Verzögerung zur Folge. Richtig ist es vielmehr, sich sofort wieder an die Versicherungsanstalt — gegebenenfalls durch Vermittlung des Versicherungsamts — zu wenden, und zwar mit einem begründeten Antrage. Die Versicherungsanstalt prüft dann die Angaben des Versicherten. Ergibt sich, daß alsbald eine Verschlimmerung eingetreten ist, („die Wunden sind wieder aufgebrochen"!), so setzt die Versicherungsanstalt die früher bewilligte Krankenrente ohne weiteres wieder in Lauf. Ist der Versicherte inzwischen dauernd invalide geworden (ein durch Kopfschuß verletzter Soldat, der als geheilt aus dem Lazarett entlassen war, ist bald darauf in dauernde Geisteskrankheit verfallen), so wird die Invalidenrente festgesetzt. Es kann auch einmal vorkommen, daß die erneute Krankenrente

erst nach einer neuen Wartezeit von 26 Wochen bewilligt werden kann, nämlich dann, wenn der Versicherte längere Zeit erwerbsfähig gewesen ist, dann von neuem invalide wird und sich aus den gesamten Umständen ergibt, daß es sich um einen neuen Versicherungsfall handelt. Die Entscheidung, die selbstverständlich durch berufungsfähigen Bescheid erfolgt, kann hier nur von Fall zu Fall getroffen werden, ohne daß sich eine bestimmte Regel aufstellen läßt. Kommt dagegen die Versicherungsanstalt auch bei Prüfung des neuen Antrages zu der Ansicht, daß über den früher festgestellten Zeitpunkt hinaus ein Anspruch auf Krankenrente nicht besteht, so findet zunächst mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt statt unter Zuziehung der Versicherungsvertreter, und dann ergeht der berufungsfähige ablehnende Bescheid.

Bei dem hier geschilderten Verfahren werden also die weitaus meisten Fälle auf Grund der Einigung mit dem Antragsteller glatt erledigt. In den im Vergleich zur Gesamtzahl seltenen Ausnahmefällen, in denen der Versicherte nachträglich mehr verlangt, hat er den einstweiligen Betrag vorweg erhalten. Ueber den nachträglich erhobenen weitergehenden Anspruch wird in einem neuen Verfahren unter Beobachtung aller im Gesetz vorgesehenen Sicherungen entschieden. Das Verfahren ist also völlig einwandfrei, insbesondere ist die Annahme von Kleeis unrichtig, daß bei den Zeitrenten das sonst übliche Verfahren bei Einstellung einer Rente sehr eingeschränkt sei, da vielfach die mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt entgegen der Absicht des Reichsversicherungsamtes nicht stattfinde. Richtig ist vielmehr, daß bei Einstellung der Renten mit Einverständnis des Versicherten und bei der Festsetzung von Zeitrenten mit Einverständnis des Versicherten das Verfahren das gleiche ist. Es findet nämlich Begutachtung durch das Versicherungsamt statt, nicht aber mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt (§§ 1624, 1626 RVO., § 93 Nr. 1 VAO., Amtl. Nachr. 14 S. 554 Z. 1862).

Nun zu den Verzichten, die Kleeis am wenigsten gefallen. Es ist schon oben angedeutet, daß sie für das Rentenfeststellungsverfahren kaum Bedeutung haben. Gewiß kommen auch hier Verzichte vor. So erklärte kürzlich bei Anmeldung seines Anspruchs auf Krankenrente der Versicherte, daß er auf die Kinderzuschüsse verzichte, und zwar ohne Gründe für seinen Verzicht anzugeben. Doch das sind Ausnahmefälle. Bedeutung erlangen die Verzichte hauptsächlich dann, wenn es sich um den Wegfall bereits bewilligter Renten handelt, und dabei kommen der Natur der Sache nach hauptsächlich Krankenrenten in Frage. Die Krankenrenten werden bei vorübergehender Invalidität bewilligt, also in solchen Fällen, in denen mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß in kürzerer Zeit wieder Erwerbsfähigkeit eintreten wird. Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, daß bei Krankenrenten der Rentenbezug voraussichtlich durchschnittlich nicht länger als ein Vierteljahr dauern werde (Amtl. Nachr. 1909, S. 424, Z. 1372). Wären die Aerzte und die Vorstände der Landesversicherungsanstalten in der Beurteilung der Fälle vollkommen, so würde es überhaupt nicht vorkommen, daß Krankenrenten später in Invalidenrenten umgewandelt werden müssen, sondern sämtliche Krankenrenten würden nach kurzer Zeit wieder fortfallen. Bei dieser Sachlage kann es zweifelhaft erscheinen, ob es richtig war, daß der Gesetzgeber für die Entziehung von Krankenrenten dasselbe schwerfällige Verfahren vorschrieb wie für die Entziehung der Invalidenrenten, bei denen von vornherein angenommen wird, daß sie voraussichtlich dauernd gezahlt werden müssen. Jedenfalls ist es zu begrüßen, daß wenigstens für bestimmte Fälle ein vereinfachtes Verfahren durch § 93, Nr. 1 VAO. zugelassen ist, wonach eine mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt nicht stattfindet, wenn der Rentenempfänger ausdrücklich erklärt hat, keinen Anspruch auf Weiterzahlung der Rente zu haben und der Akteninhalt diese Erklärung rechtfertigt. Freilich muß auch in diesen Fällen Begutachtung durch das Versicherungsamt und Zustellung eines berufungsfähigen Bescheides über die

Einstellung der Rente erfolgen, jedenfalls nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Ich halte das für einen Fehler; weshalb soll, wenn ein Rentenempfänger wieder erwerbsfähig geworden ist und der Versicherungsanstalt mitteilt, daß er Rente nicht mehr haben wolle, die Rente nicht formlos in Wegfall gebracht werden können? Die Begutachtung durch das Versicherungsamt ist in solchen Fällen eine reine Formsache und durch die Zustellung des berufungsfähigen Bescheides werden leider nicht selten unrichtige Vorstellungen bei den Versicherten hervorgerufen. Als Kuriosum teile ich mit, daß jüngst ein junges Mädchen, das Krankenrente bezogen hatte, und dessen Rente nach Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit mit ihrem Einverständnis eingestellt war, nach Zustellung des berufungsfähigen Einstellungsbescheides zu mir kam und fragte, ob sie denn wirklich noch in das Oberversicherungsamt gehen müsse. Sie habe doch schon erklärt, daß sie keine Rente mehr haben wolle und zu weiteren Laufereien habe sie keine Zeit.

Indessen meldet sich nur die Minderzahl der Krankenrentenempfänger selbst als wieder erwerbsfähig an. Meist wird der Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit durch die Ermittlungen der Versicherungsanstalt festgestellt. Kommt diese zu der Ueberzeugung, daß Invalidität nicht mehr vorliegt, so macht sie den Versuch der Einigung mit dem Rentenempfänger, denn § 1624 RVO gilt nach § 1626 auch hier. Im Bezirke der Landesversicherungsanstalt Oldenburg geschieht dies dadurch, daß an den Rentenempfänger ein Schreiben nach dem nachstehenden Vordruck gerichtet wird:

„Die angestellten Ermittlungen haben ergeben, daß . . . . Hiernach muß angenommen werden, daß Sie nicht mehr außerstande sind, ein Drittel des Lohnes gesunder Personen Ihrer Berufsart durch Arbeit zu verdienen. Invalidität im Sinne des § 1255 der Reichsversicherungsordnung liegt demzufolge nicht mehr vor. Es fehlt daher an der gesetzlichen Berechtigung für den Fortbezug der Rente.

Wir ersuchen deshalb, uns binnen einer Woche mitzuteilen, ob Sie freiwillig damit einverstanden sind, daß die Rente von Ende . . . 191 . ab in Wegfall gebracht wird. Verneinendenfalls würde von uns das gesetzlich vorgeschriebene Entziehungsverfahren einzuleiten sein.

Durch den jetzigen Verzicht auf Fortzahlung der Rente beschränken Sie sich Ihr Recht auf Wiedererlangung einer Rente für später, wenn Sie von neuem invalide werden sollten, in keiner Weise. Vielmehr steht Ihnen darnach frei, alsbald einen neuen Antrag auf Rente zu stellen. Auch ist zu beachten, daß bei einer späteren Neubewilligung der Rente neben den bisher geleisteten und künftig zu leistenden Beiträgen auch die Zeit des seitherigen Rentenbezuges bis zur Dauer eines Jahres rentesteigernd in Anrechnung kommt; die neu zu bewilligende Rente wird dadurch naturgemäß entsprechend höher."

Ist der Versicherte zur Nachuntersuchung im Dienstgebäude der Landesversicherungsanstalt anwesend, so wird mit ihm in ähnlicher Weise die Sache besprochen. Der Erfolg dieses Verfahrens ist, daß z. B. im Jahre 1916 bei der Landesversicherungsanstalt Oldenburg von 98 Krankenrenten, die wegen Wiedereintritts der Erwerbsfähigkeit in Wegfall kommen mußten, 93 im Einverständnis mit dem Versicherten eingestellt werden konnten, so daß nur in 5 Fällen das Rentenentziehungsverfahren notwendig wurde, ein glänzendes Zeugnis für die Einsicht der Rentenempfänger. Im einzelnen ist das Verfahren so. Ist der Versicherte mit dem Wegfall der Rente nicht einverstanden, so findet das förmliche Rentenenziehungsverfahren statt mit mündlicher Verhandlung vor dem Versicherungsamt. Ist der Versicherte dagegen einverstanden, so greift das Einstellungsverfahren Platz; es findet nur Begutachtung durch das Versicherungsamt statt, nicht mündliche Verhandlung vor demselben, wie Kleeis offenbar annimmt. In dem berufungsfähigen Einstellungsbescheide wird lediglich auf den Verzicht des Versicherten Bezug genommen. Wird Berufung eingelegt, so kann das Oberversicherungsamt nur die Tragweite und das Zustandekommen des Verzichtes nachprüfen (Amtl. Nachr. 1910, S. 655, Z. 1522; 1914 S. 554, Z. 1862).

Nachteile erleidet der Versicherte durch dieses Verfahren nicht. Mit verschwindenden Ausnahmen wird das Verfahren glatt im Sinne beider Teile erledigt, insbesondere ohne Weitläufigkeiten für den Rentenempfänger (weitere Nachuntersuchungen, Beob-

achtung in einer Anstalt, Termin vor dem Versicherungsamt). In den wenigen Fällen, in denen der Versicherte nachträglich mit seiner Erklärung aus irgend welchen Gründen nicht einverstanden ist, wird er zwar mit einer Berufung gegen den Einstellungsbescheid meist keinen Erfolg haben, es steht ihm aber jederzeit frei, einen neuen Antrag zu stellen, denn da die Rente nicht entzogen, sondern eingestellt war, findet § 1635 RVO. keine Anwendung. Durch den neuen Antrag kommt der Versicherte in dieselbe Lage, in der er sich vor Abgabe seiner Einverständniserklärung befand, denn der Verzicht hat selbstverständlich nicht die Bedeutung, daß der Versicherte dadurch auf Rente überhaupt verzichtet, sondern es wird durch ihn nur die Einwilligung in die Einstellung der Rentenzahlungen klargestellt, das Recht, die Rente von neuem zu beanspruchen, bleibt also erhalten. Wird ein neuer Antrag gestellt, so gilt dasselbe, wie es oben für die Zeitenrenten dargelegt ist, d. h. es findet, wenn der Anspruch auch jetzt nicht für begründet erachtet wird, mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt statt, worauf ein berufungsfähiger Bescheid erteilt wird, in welchem dargelegt wird, daß und aus welchen Gründen Invalidität nicht vorliegt. Gegen diesen Bescheid ist uneingeschränkte Berufung zulässig.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Abweisung einer Klage wegen Mangels an rechtlichem Interesse.

Entscheidung des **Versicherungsamts Siegen** vom 21. Juni 1918.

Die Witwe J. aus O. hat bei der Erntearbeit am 2. September 1916 einen Unfall erlitten. Sie hat sich ohne Zutun der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, der Klägerin, innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall selbst ärztliche Hilfe, Behandlung und Verpflegung in der Augenheilanstalt H., verschafft. Die hierdurch entstandenen Kosten im Betrage von 116,25 *M* hat ihr Schwiegersohn getragen. Die Klägerin hat sie auf Anfordern der Verletzten am 10. August 1917 zugesandt und forderte nunmehr von der beklagten Gemeinde O. auf Grund des § 942 RVO. Ersatz. Die Beklagte lehnte die Erstattung ab, weil die Witwe J. nicht als Arbeiterin anzusehen sei; andernfalls müßte sie einer Krankenkasse angehören. Die Klägerin bestreitet dies. Eine Gegenerklärung hat die Beklagte nicht abgegeben, sondern der Gemeindevorsteher teilte dem Versicherungsamt unterm 26. Januar 1918 mit, daß der Schwiegersohn der Witwe J. sich bereit erklärt habe, die Kosten von 116,25 *M* zu tragen. Dieser hat sie auch unterm 18. Februar 1918 der Klägerin wieder zugesandt. Hiermit sieht die Klägerin ihren Erstattungsanspruch gegen die Gemeinde noch nicht als befriedigt an, sie will auch noch die Frage entschieden haben, ob die Beklagte an und für sich zum Ersatz verpflichtet gewesen wäre oder nicht.

Das Versicherungsamt hat die Klage wegen Mangels eines rechtlichen Interesses abgewiesen aus folgenden Gründen:

Der von der Klägerin vertretene Standpunkt, daß an sich die Verletzte als Arbeiterin anzusehen sei, mag richtig sein (vgl. Kommentar M o e s l e und R a b e l i n g, § 923 RVO, Ziff. 12). Hierüber zu befinden, lag aber kein Grund mehr vor, denn ein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte besteht nicht mehr. Sie ist befriedigt. Der Schwiegersohn der Verletzten hat die entstandenen Kosten im Betrage von 116,25 *M* zur Zahlung an die Beklagte eingesandt. Das stillschweigende Behalten der Summe durch die Klägerin läßt sich nur als Empfangnahme zwecks Zahlung deuten. Der geheime Vorbehalt, das Geld zur Verfügung der Verletzten zu halten, ist belanglos. Da nach § 267 BGB. ein Dritter Zahlung leisten kann, so war die Berufsgenossenschaft als befriedigt anzusehen, und mußte ihr das restliche Interesse an der Durchführung des Verfahrens abgesprochen werden.

Die Vorschriften der Kaiserl. Verordnungen über das Verfahren sind der Parteiverfügung entzogen.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 6. Juli 1918 (I a 1455/18).

Nach § 24 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter (RGBl. 1911 S. 1095) sind die Beteiligten von Ort und Zeit der mündlichen Verhandlung, und zwar in der Regel durch eingeschriebenen Brief oder gegen Postzustellungsurkunde zu benachrichtigen. Gegen diese Vorschrift hat das Oberversicherungsamt verstoßen. Wie seine Akten ergeben, ist der Kläger unter dem 29. Januar 1918 benachrichtigt worden, daß voraussichtlich im zweiten Drittel des Monats Februar Verhandlungstermin stattfinden werde. In der gleichen

Verfügung ist dann aber Termin auf den 26. März 1918 anberaumt und bestimmt worden: „Kläger keine Nachricht.“ Unter dem 30. Januar 1918 ist mit dem im Bureau des Oberversicherungsamts erschienenen Kläger eine Verhandlung aufgenommen worden, in der er erklärt hat, „daß er auf eine Terminsbenachrichtigung wegen des often Wechsels seines Aufenthaltsortes verzichte und daß er damit einverstanden sei, daß ohne ihn verhandelt werde“. Daß ihm die Terminsbestimmung vom Tage zuvor mitgeteilt worden ist, ergibt die Niederschrift vom 30. Januar 1918 nicht; wie es scheint, ist sie trotz der Zeitangabe vom 29. Januar 1918 in Wahrheit erst später vollzogen. Auf eine Anfrage des Klägers vom 17. Februar 1918, wann in seiner Sache Termin stattfinden werde, ist ihm unter dem 19. Februar 1918 erwidert worden, daß seine Sache voraussichtlich gegen Ende des Monats März zur Verhandlung kommen werde, obgleich damals der Verhandlungstermin schon ganz genau feststand, und auf eine unter dem 12. März 1918 erfolgte Anzeige seiner neuen Anschrift ist überhaupt nichts veranlaßt worden. In der Sitzung des Oberversicherungsamts vom 26. März 1918 ist denn auch für den Kläger niemand erschienen und ohne ihn verhandelt und entschieden worden.

Dies Verfahren ist unzulässig und unterliegt der Aufhebung, um so mehr, als der Kläger es in der Rekursschrift ausdrücklich gerügt hat. Auch war bei der Art des Verstoßes die Zurückverweisung der Sache an das Oberversicherungsamt geboten.

Die Vorschriften der Kaiserl. Verordnung vom 24. Dezember 1911 sind öffentlichen Rechts und können, soweit nicht Ausnahmen zugelassen sind, durch Parteivereinbarungen und Verzichte nicht geändert oder aufgehoben werden. Eine Bestimmung, wie sie § 19 der früheren Verordnung über das Verfahren vor den auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten vom 2. November 1885 enthält, fehlt in den jetzigen Verfahrensvorschriften. Im vorliegenden Falle kommt noch hinzu, daß der Kläger, wie sein späteres Verhalten erkennen läßt, entweder die Tragweite seiner Erklärung vom 30. Januar 1918 oder diese selbst nicht verstanden oder seinen Verzicht auf Terminsnachricht widerrufen hat, so daß diese unter allen Umständen später nachgeholt werden mußte.

B. Zur Krankenversicherung.

Ergänzung oder Änderung eines ärztlichen Rezeptes durch einen Sachverständigen der Kasse?

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (Beschlußsenat), vom 12. Juni 1918.

Einem Mitglied einer Ortskrankenkasse wurden von dem Arzt, welcher nicht Kassenarzt war, Pillen verordnet. Der Arzt ließ auf dem Rezept die Menge des zur Anfertigung der Pillen erforderlichen Bindemittels frei, unter Hinzusetzung des Vermerks „q.s.“ (quantum satis). Der pharmazeutische Sachverständige der Kasse, ein Apotheker, dem die Verordnungen von Nicht-Kassenärzten zur Erteilung der Genehmigung vorgelegt werden, fügte die nach seiner Ansicht erforderliche Menge mit „2,0“ (zwei Gramm) hinzu. Der das Rezept ausführende Apotheker beschwerte sich hierüber beim Kreisarzt, da er den Sachverständigen der Kasse nicht für berechtigt hielt, derartige Zusätze zu machen. Auf Weisung des Oberversicherungsamts eröffnete das Versicherungsamt der Kasse im Aufsichtswege, daß ein Übergriff des Sachverständigen vorliege und daß die Kasse Vorsorge zu treffen habe, daß sich diese Ungehörigkeit nicht wiederhole. Das Oberversicherungsamt wies die hiergegen von der Kasse erhobene Beschwerde mit der Begründung ab, daß ärztliche Rezepte Urkunden seien, zu deren Änderung oder Ergänzung der Sachverständige der Kasse nicht berufen sei. Auf weitere Beschwerde der Kasse hob das RVA. die Vorentscheidung auf aus folgenden Gründen:

Die Kasse läßt die von anderen Ärzten als den Kassenärzten ausgestellten Rezepte für ihre Mitglieder vor der Anfertigung einem pharmazeutischen Sachverständigen vorlegen, der zu prüfen hat, ob die Rezepte von der Kasse genehmigt werden können. Der Sachverständige hat auf einem Rezept die Menge des für eine Pillenmasse erforderlichen Bindemittels, die der Arzt durch den Vermerk „q. s.“ dem Ermessen des Apothekers überlassen hatte, durch den Zusatz „2,0“ (zwei Gramm) bezeichnet. Bei Prüfung der Frage, ob diese Eintragung als unzulässig zu beanstanden war, ist von folgender Erwägung auszugehen. Die Aufsicht über die Krankenkassen erstreckt sich nach § 30 RVO. nur darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Da eine Satzungsbestimmung durch das Verfahren des pharmazeutischen Beraters nicht verletzt ist, war lediglich zu prüfen, ob dadurch gegen das Gesetz verstoßen wurde. Auch das ist, wie die Kasse zutreffend geltend macht, nicht der Fall. Zwar kann es Dritten im allgemeinen nicht gestattet werden, die Rezepte auf dem Wege vom Arzte zum Apotheker mit Zusätzen zu versehen. Abgesehen davon, daß hierin unter Umständen eine Urkundenfälschung nach § 267 des Strafgesetzbuches liegen würde, könnte dies zu Irrtümern und gesundheitlichen Schädigungen der arzneibedürftigen Bevölkerung führen. Solche Folgen waren jedoch von dem hier in Rede stehenden Zusatze, den der pharmazeutische Sachverständige zur Durchführung der ihm von der Kasse kraft ihres Selbstverwaltungsrechtes übertragenen Aufgaben gemacht hat, nicht zu besorgen. Da der Arzt die Menge des Bindemittels durch den Vermerk „q. s.“ dem Ermessen des Apothekers überlassen hatte, konnte nicht wohl angenommen werden, daß jener Zusatz von dem

Arzte herrühre. Um hierüber jeden Zweifel auszuschließen, wäre es allerdings zweckmäßiger gewesen, wenn der pharmazeutische Sachverständige durch Beifügung des Anfangsbuchstabens seines Namens oder in sonst geeigneter Weise kenntlich gemacht hätte, daß der Vermerk von ihm stamme. Die Unterlassung ist aber ohne Belang, weil der das Rezept ausführende Apotheker, wie aus seinen Angaben gegenüber dem Kreisarzt in der Verhandlung vom 12. Juni 1916 und aus dem Berichte des Kreisarztes an den Königlichen Regierungspräsidenten in Cöln vom 18. Juli 1916 hervorgeht, nicht darüber im Zweifel war, daß der pharmazeutische Berater die Eintragung gemacht hatte. Diese stand ferner mit dem Inhalte der ärztlichen Verordnung nicht in Widerspruch. Der Sachverständige hat keine anderen Stoffe als der Arzt verschrieben. Er hat lediglich die nach seiner Ansicht erforderliche Menge des Bindemittels, die der Arzt nicht selbst angegeben hatte, näher bezeichnet. Der Zusatz stellt sich somit nur als eine gutachtliche Äußerung des Sachverständigen über die nach seiner Meinung notwendige Menge des Bindemittels dar, ohne daß durch sie der Apotheker gebunden wurde. Denn der pharmazeutische Berater einer Kasse ist nicht befugt, einem Apotheker Anweisungen über die Art der Ausführung eines Rezeptes zu erteilen. Der das Rezept ausführende Apotheker hatte also, unbehindert durch den Vermerk nur nach eigenem sachverständigen Ermessen die Menge des erforderlichen Bindemittels zu bestimmen. Die Eintragung verstieß auch nicht gegen Nr. 17 der deutschen Arzneitaxe, die als Rechtsnorm ein Gesetz im Sinne des § 30 RVO. bildet, und auf die sich der das Rezept ausführende Apotheker berufen hat. Die Bestimmung lautet:

„Wenn auf dem Rezepte Angaben fehlen, die die Preisberechnung beeinflussen, so sind sie vom Apotheker hinzuzufügen. Ist zum Beispiel bei einer Pillenmasse die Zugabe eines oder mehrerer Bindemittel erforderlich, ohne daß Art oder Menge vorgeschrieben sind, so hat der Apotheker die erforderlichen Zusätze auf dem Rezepte zu vermerken."

Unter dem Apotheker im Sinne dieser Bestimmung ist nach ihrem Zwecke und ihrem Zusammenhange mit den sonstigen Bestimmungen der Arzneitaxe lediglich der das Rezept ausführende Apotheker zu verstehen. Er hat im Rahmen der Bestimmung Angaben über die zur Herstellung des Rezeptes verwendeten Stoffe zu machen. Die Zusätze im Sinne der Nr. 17 a. a. O. beziehen sich demnach nur auf Stoffe, die der Apotheker tatsächlich verwendet hat. Um einen solchen Vermerk, der lediglich von dem Apotheker oder seinem Angestellten gemacht werden darf, handelt es sich vorliegend nicht, da sich die in Rede stehende Eintragung nur als gutachtliche Äußerung des pharmazeutischen Sachverständigen über die nach seiner Ansicht erforderliche Menge des Bindemittels darstellte. Der weiteren Beschwerde der Kasse war somit der Erfolg nicht zu versagen.

Abrundung von Pfennigbrüchen bei Kassenleistungen.

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 30. Januar 1918; b) des **Oberversicherungsamts München** vom 3. Juli 1918.

a)

. . . Nach § 182 Ziff. 2 RVO. hat jeder Versicherte im Falle einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung einen Anspruch auf ein Krankengeld in Höhe des halben Grundlohnes „für jeden Arbeitstag"; das Krankengeld ist also eine tägliche Leistung, die innerhalb der ihrer zeitlichen Dauer gesetzten Grenzen an jedem Tage neu fällig wird und daher täglich dem Berechtigten einen neuen Anspruch auf es erwirbt. Dieselbe tägliche Leistung bildet das Hausgeld (§ 186 RVO.) und das Taschengeld (§ 194 Ziff. 2 RVO.). Es muß nun zweifellos als feststehend angenommen werden, daß an sich der Versicherte an jedem Fälligkeitstage das Recht hätte, die Verwirklichung seines jeweils neu erworbenen Anspruchs zu fordern, also Zahlung zu verlangen, wenn dem nicht § 210 RVO. entgegenstünde. Hiernach ist bestimmt, daß die Barleistungen der Krankenkassen mit Ablauf jeder Woche auszuzahlen sind; ausgenommen hiervon ist nur das Sterbegeld. Diese Bestimmung schafft also dem Versicherten einen gegebenenfalls im Streitverfahren verfechtbaren Rechtsanspruch auf wöchentliche Zahlung; sie will aber wohl auch gleichzeitig die Kasse vor einer zu starken Inanspruchnahme ihres Verwaltungsapparats schützen, wie sie sich bei der täglichen Zahlung ergeben würde, und auch den Versicherten in den Besitz größerer, vor der Verschleuderung mehr geschützter Barmittel setzen. Dabei steht jedoch einer vorherigen Auszahlung der Barleistungen nichts im Wege, wenn die Kasse sich freiwillig hierzu herbeiläßt; sie muß sogar unabhängig vom Zahltage ihren Verpflichtungen nachkommen, wenn sie mit diesen in Verzug geraten war.

Es entsteht nun die Frage, wann eine Bruchteile von Pfennigen ergebende tägliche Barleistung aufzurunden ist. Ist sie es täglich, da sie ja täglich fällig wird, oder ist sie es wochenweise, da sie wöchentlich zu zahlen ist? Ist im letzteren Falle auch dann wochenweise aufzurunden, wenn die Kasse mit ihrer Zahlung im Verzug ist oder kann und muß hier erst die nachträglich zu zahlende Gesamtsumme aufgerundet werden?

Die Beantwortung der Frage ergibt sich aus dem Charakter und Zweck der Aufrundung. Im Wirtschaftsleben ist es üblich, Bruchteile von Pfennigen, soweit sie vier Zehntel nicht übersteigen, unberücksichtigt zu lassen, soweit sie jedoch fünf Zehntel und mehr betragen, auf einen ganzen Pfennig zu erhöhen, „aufzurunden". Der Zweck dieser Maßnahme ist, die Zahlung überhaupt zu ermöglichen. Durch die Aufrundung sollen zahlbare Summen gewonnen werden. Um dies bei Gewährung der Barleistungen der

Krankenversicherung zu erzielen, genügt die Aufrundung im Augenblick der Zahlung selbst. Sie ist also vorzunehmen bei wöchentlicher Zahlung am jeweiligen Zahltage, bei anderweiter Zahlungsart, wie z. B. bei nachträglicher Zahlung wegen Verzugs, im Augenblick der Zahlung selbst.

Dieses Ergebnis entspricht auch anderen rechtlichen und sozialen Erwägungen. Eine tägliche, mit der Fälligkeit vorgenommene Aufrundung würde, wenn sie auch für den einzelnen nur geringe Beträge ergibt, in der Gesamtheit doch größere Summen erfordern. Die Kasse hätte für diese Beträge keine unmittelbare Deckung aus den Beiträgen des Versicherten. Sie müßte die aufzuwendenden Summen aus der Gesamtheit ihrer Mittel nehmen. Diese Mittel sind aber nach § 363 RVO. nur zu den „satzungsmäßigen Leistungen" und einigen anderen dort genannten Zwecken zu verwenden. Es muß also als genügend erachtet werden, wenn die Aufrundung so vorgenommen wird, daß sich der zu zahlende Betrag möglichst nahe an den Betrag hält, der „satzungsmäßig" beansprucht werden kann. Je später dies geschieht, je näher kommt der gezahlte Betrag dem zu fordernden.

Es könnte nun allerdings eingewendet werden, daß bei einer Gesamtzahlung wegen Verzugs der Kasse, wie sie sich z. B. in Streitfällen stets ergeben wird, der Versicherte völlig schuldlos schlechter gestellt ist als der Versicherte, dessen Anspruch die Kasse ohne weiteres anerkannt hat und dem sie daher in wöchentlich aufgerundeten Summen die Barleistungen auszahlt. Dieser Einwand ist zwar an sich zutreffend, vermag aber nicht dazu zu führen, auch solche nachträglich gezahlte Gesamtsummen aus wöchentlich aufgerundeten Beträgen zu berechnen. Denn der Rechtsanspruch des Versicherten ist und bleibt auf die satzungsmäßigen Leistungen beschränkt. Wenn in den erstgenannten Fällen ein etwas höherer Gesamtbetrag sich ergibt, so ist dies nicht in Rechtsansprüchen, sondern in verwaltungstechnischen Maßnahmen begründet, muß also von den Versicherten der zweiten Gruppe als gegeben hingenommen werden. Würde eine Kasse die Aufrundung täglich oder in den Fällen der Nachzahlung wöchentlich vornehmen, so würde sie gegen § 363 RVO. verstoßen und für andere Zwecke zur Verfügung zu haltende Kassenmittel ungesetzlichen Zwecken zuführen. Die Richtigkeit der Aufrundung im Augenblicke der Zahlung ergibt sich auch aus Reger, „Krankenversicherungsgesetz" Anm. 13 zu § 6, wo ausdrücklich gesagt ist, daß die zu zahlenden (nicht die fälligen) Beträge aufzurunden sind (vgl. auch Dürr in „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 802)....

b)

Die gegen diese Vorentscheidung eingelegte Berufung wurde vom Oberversicherungsamt mit Entscheidung vom 3. Juli 1918 zurückgewiesen. Aus den Gründen:

Das Hausgeld ist im Vorbescheid unter Zugrundelegung des zutreffenden Grundlohnes von 5,50 M (Lohnstufe VI der Satzung) für die Zeit vom 27. September mit 22. Oktober 1917 mit täglich $\frac{2,75}{2}$ M und für die Zeit vom 23. Oktober mit 25. November 1917 auf Grund des § 573 RVO. mit täglich $\frac{5,50}{3}$ M richtig angegeben, wobei im Vorbescheid die Auffassung vertreten ist, daß eine Aufrundung der Pfennigbruchteile nur bei der sich berechnenden Gesamtsumme der nachträglichen Zahlung in Betracht zu kommen habe. Diese Art der Aufrundung wird im Anschluß an die Ausführungen der Vorinstanz als zutreffend erachtet und wird als Anschauung der Spruchkammer noch ausdrücklich festgestellt, daß entsprechend dem sozialen Charakter der Reichsversicherung als einer zugunsten der Versicherten geschaffenen Einrichtung der gesetzliche Anspruch des Versicherten unter allen Umständen voll befriedigt werden muß, daher nur eine Aufrundung, nicht auch eine Außerachtlassung von Pfennigbruchteilen in Frage kommen kann. Es handelt sich im gegebenen Fall nicht um eine Abrundung im Sinn der Übung des allgemeinen Zahlungsverkehrs, sondern vielmehr um die Festsetzung eines zahlenmäßigen Betrages, der es der Kasse ermöglicht, mit den gegebenen Zahlungsmitteln ihrer Verpflichtung voll nachzukommen.

Höhe des Ersatzanspruches des Versicherten für selbstbeschaffte Arzthilfe in einem dringlichen Falle.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Berlin-Wilmersdorf** vom 19. Oktober 1917.

Der Kläger erkrankte nachts 4 Uhr plötzlich an Pilzvergiftung. Nachdem seine Ehefrau vergeblich versucht hatte, einen Kassenarzt zu erreichen, veranlaßte die Rettungswache auf ihr Ersuchen den Arzt Dr. B., die ärztliche Hilfeleistung zu übernehmen. Sie dauerte mehr als eine halbe Stunde. Da Dr. B. nicht Kassenarzt ist, so ließ er sich seine Hilfeleistung von dem Kläger und zwar mit 15 Mk. bezahlen. Die beklagte Kasse weigerte sich, dem Kläger diesen Betrag in voller Höhe zu erstatten, soweit die Mindestsätze der Gebührenordnung, d. i. 5,50 Mk. übersteigen.

Das Versicherungsamt verurteilte jedoch die Kasse zur Zahlung von 15 Mk. aus folgenden Gründen:

Zunächst steht nach dem vorgetragenen Sachverhalt fest und ist auch zwischen den Parteien unstreitig, daß hier ein dringender Fall im Sinne des § 368 RVO. vorliegt, so daß nach der angezogenen Bestimmung die Beklagte an sich zur Zahlung verpflichtet ist. Streitig ist nur die Höhe der Gebührenforderung. Die Beklagte geht davon aus, daß sie nur verpflichtet sei, die Mindestsätze der Gebührenordnung zu erstatten. Dieser Ansicht konnte nicht beigetreten werden. Durch die Inanspruchnahme eines Nicht-Kassenarztes seitens eines erkrankten Kassenmitgliedes entsteht zunächst nur ein Vertragsverhältnis

zwischen diesen beiden, auf Grund dessen der Arzt einen Honoraranspruch gegen den Kranken hat. Es steht im freien Belieben des Arztes, ob er sich darüber hinaus als Geschäftsführer ohne Auftrag für die Krankenkasse betätigen und diese direkt verpflichten will. Im vorliegenden Falle hat Dr. B. dies nicht getan, er hat vielmehr seine Forderung direkt bei dem Kläger geltend gemacht und auch von diesem, wie die vorgelegte Quittung ausweist, bezahlt erhalten. Es ist somit nur ein Vertragsverhältnis zwischen diesen beiden entstanden. Von dem Kranken kann der Arzt aber angemessene Sätze — nicht die Mindestsätze der Gebührenordnung verlangen (vergl. auch Joachim-Korn „Die Preuß. Gebührenordnung für approbierte Aerzte usw." S. 98, Anm. 9 zu § 2).

Da der Kläger einen Wochenlohn von 50 Mk., mithin ein Jahreseinkommen von 2600 Mk. hat, so hielt der Spruchausschuß die folgenden Beträge für angemessen: 1) Der 1. Besuch des Arztes beim Kranken (Ziff. 1 der Gebührenordnung läßt hier einen Spielraum von 2 bis 20 Mk.): 5 Mk.; 2) Verweilgebühr für eine 2. angefangene halbe Stunde (Ziff. A 7 läßt hier einen Spielraum von 1,50 bis 3 Mk.): 2,50; zusammen 7,50 Mk. Hiervon gemäß Ziff. 10 das Doppelte = 15 Mk.

Uebrigens würde auch dann der klägerische Anspruch gerechtfertigt sein, wenn man ein direktes Vertragsverhältnis zwischen der Beklagten und dem Dr. B. konstruieren wollte, denn die niedrigsten Sätze gelangen nach § 2 der Gebührenordnung für eine Arbeiter-Krankenkasse nur dann zur Anwendung, wenn nicht das Maß des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigt. Hier rechtfertigt aber die besondere Beschaffenheit des Falles — ein langer Besuch während der Nacht bei Lebensgefahr — eine Abweichung von den Mindestsätzen (vergl. Joachim-Korn a. a. O. S. 100 Anmerkung b. Unter Berücksichtigung der besonderen Umstände, insbesondere der Beschaffenheit der Leistung, der Vermögenslage der Zahlungspflichtigen und der örtlichen Verhältnisse (§ 3 der Gebührenordnung) wäre auch dann der Betrag von 15 Mk. angemessen.

C. Zur Unfallversicherung.

„Entgelt" bei Berechnung der Mitgliederbeiträge nach § 732 RVO.

Beschluß des Reichsversicherungsamts a) v. 11. Juni 1917, b) v. 23. Oktober 1917 (2986, 2987 Amtl. Nachr. 1918 S. 335, 336).

a)

§ 732 Abs. 1 RVO. schreibt vor, daß die Mitgliederbeiträge nach dem Entgelt, den die Versicherten in den Betrieben verdient haben, sowie nach dem Gefahrtarife jährlich umgelegt werden. Zum Entgelt gehören nach § 160 Abs. 1 a. a. O. neben Gehalt oder Lohn auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, statt des Gehalts oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält. Es gehören dahin also wirtschaftliche Vorteile jeder Art, die dem Arbeiter als Vergütung für seine Arbeit gewährt werden. Die Zuwendungen dürfen nicht reine Geschenke sein oder lediglich in allgemeinen sozialen Fürsorgeerwägungen ihren Grund haben. Es wäre auch unbillig, den Arbeitgeber mit Leistungen, zu denen er durch Beweggründe letzterer Art veranlaßt wurde, zu den Beitragsleistungen für die Berufsgenossenschaft heranzuziehen. Das könnte die Betätigung der Arbeitgeber auf diesem Gebiete hemmen und damit für die Arbeiterschaft nachteilig werden. Unter diesem Gesichtspunkte wird im einzelnen Falle sorgfältig zu prüfen sein, ob es sich bei den Leistungen tatsächlich um einen Entgelt im Sinne des Gesetzes handelt. Auch ist zu beachten, daß das, was bei Festsetzung des Beitrags zur Genossenschaft als Entgelt angesehen wird, bei Berechnung der Rente als Teil des Jahresarbeitsverdienstes mit berücksichtigt werden muß. Hierbei können sich unter Umständen Unzuträglichkeiten ergeben, wie sie das Reichsversicherungsamt in der von der Beschwerdeführerin angeführten Verfügung vom 12. Juni 1903 hervorgehoben hat. Im übrigen können nur solche Leistungen als Entgelt angesehen werden, welche die Beteiligten bei dem Abschluß des Arbeitsvertrags, insbesondere bei der Bemessung des Lohnes ausdrücklich oder doch stillschweigend berücksichtigt haben. Danach kommen nur solche Vorteile in Betracht, welche, wenn auch beim Abschluß des Arbeitsvertrags noch nicht ziffermäßig feststehend, doch schon so weit zu übersehen sind, daß der Arbeiter mit ihnen als einem Teile seines Einkommens rechnen kann. Entspringen dagegen die zugesicherten Vorteile Verhältnissen, die beim Abschluß des Arbeitsvertrags noch ungewiß waren, so greift im allgemeinen die Vermutung Platz, daß die Vertragschließenden sie nicht als einen Teil des Entgelts angesehen wissen wollten.

Prüft man unter diesen Gesichtspunkten im vorliegenden Falle, ob ein Entgelt im Sinne des Gesetzes gegeben ist, so unterliegt zunächst die Annahme keinem Bedenken, daß die in der Arbeiterordnung vorgesehenen Lohnfortzahlungen für Feiertage und Urlaubszeiten nach der Absicht der Beteiligten beim Abschluß des Arbeitsvertrags ein Entgelt für die Arbeitsleistung sein sollten. Es

handelt sich hier um ziffermäßig im Arbeitsvertrage festgesetzte Bezüge, auf die der Arbeiter bestimmt rechnen kann. Die gleiche Annahme ist gerechtfertigt bei dem Zuschuß, der bei militärischen Friedensübungen des Arbeiters gewährt wird. Wenn auch dieser Zuschuß den Angehörigen gezahlt wird, so ist er doch dem Arbeiter im Arbeitsvertrage zugesichert und bedeutet einen wirtschaftlichen Vorteil für ihn, indem er seine Unterhaltspflicht erleichtert. Der Arbeiter kennt auch ungefähr die Zeiten, in denen er zu den Übungen einberufen wird, und ist so in der Lage, den Zuschuß zu berechnen. Anders sind die Lohnfortzahlungen für Krankheitszeiten zu beurteilen. Sie werden zwar dem Arbeiter im Arbeitsvertrag in Aussicht gestellt; ob sie gewährt werden, hängt aber vom Eintritt und Dauer der Erkrankung ab. Es handelt sich also um Verhältnisse, die sich beim Abschluß des Arbeitsvertrags noch nicht übersehen lassen und daher dem Arbeiter einen bestimmten Bezug, mit dem er rechnen kann, nicht gewährleisten. Die Leistung des Unternehmers, die als Entgelt in Betracht kommen könnte, besteht vom Standpunkt des Arbeitsvertrags aus überhaupt nicht in den tatsächlichen, je nach den Krankheitsfällen verschieden bemessenen Zahlungen, sondern in der Übernahme des Krankheitswagnisses, die für alle Arbeiter den gleichen Vorteil bedeutet. Wollte man derartige Leistungen als Entgelt behandeln, so müßte man ihren Wert nach versicherungstechnischen Grundsätzen berechnen und den ermittelten Betrag dem Lohne jedes Arbeiters zurechnen, gleichviel, ob er tatsächlich krank wird oder nicht. Es entspricht aber schwerlich dem Willen des Gesetzgebers, daß derartige Leistungen, die nicht zur Auszahlung gelangen, sondern sich nur theoretisch berechnen lassen, als „Bezüge" angesehen werden, die nach § 160 a. a. O. zum Entgelt zu rechnen wären. Zum mindesten ist der Regel nach nicht anzunehmen, daß die Beteiligten beim Abschluß des Arbeitsvertrags hiervon ausgegangen sind. Diese Erwägungen treffen auch für den vorliegenden Fall zu.

b)

Bei den von der Firma A. B. für die Zeit vom 12. September 1915 bis zum 31. Dezember 1915 gewährten Unterstützungen im Gesamtbetrage von 10 779 *M* handelt es sich nicht um Kriegszulagen oder Ernährungszuschüsse, die auf dem Arbeitsvertrage beruhen und als ein durch die besonderen Verhältnisse der Kriegszeit bedingter Aufschlag zu dem für die tatsächliche Beschäftigungszeit bezahlten Lohne anzusehen sind, sondern um freiwillige Zuwendungen für Zeiten der Arbeitslosigkeit. Der weitaus größte Teil der unterstützten Arbeiter war in der erwähnten Zeit in der Fabrik überhaupt nicht tätig, und die wenigen anderen Arbeiter nur unregelmäßig an einem oder zwei Tagen der Woche. Waren Arbeiter an einem oder zwei Tagen beschäftigt, so ist der tatsächlich verdiente Lohn von der Unterstützung abgerechnet worden. Diese Unterstützungen erscheinen daher nicht als „Entgelt" im Sinne des § 732 Abs. 1 und des § 160 Abs. 1 RVO. Sie sind zwischen den Beteiligten beim Abschluß des Arbeitsvertrags, insbesondere bei der Bemessung des Lohnes, weder ausdrücklich noch stillschweigend berücksichtigt worden. Vielmehr stellen sie lediglich Geschenke dar, welche die Firma A. B. aus Erwägungen der allgemeinen sozialen Fürsorge gewährt hat (zu vgl. die S. 335 abgedruckte Entsch. Ersten Beschlußsenats 2986). Die Firma ist sonach nicht verpflichtet, die bezeichneten Beträge in die Lohnnachweisung aufzunehmen.

Sprechsaal.

Erhöhung der Ortslöhne.

Als Maßstab für die verschiedensten Zwecke dient der ortsübliche Tagesentgelt gewöhnlicher Lohnarbeiter, nach der Reichsversicherungsordnung nunmehr als Ortslohn bezeichnet, dessen Sätze dem Durchschnitt der Lohnverhältnisse entsprechend (zu vgl. Begr. z. RVO. S. 74) von vier zu vier Jahren amtlich zu bestimmen sind, nötigenfalls aber auch in der Zwischenzeit gemäß § 151 Abs. 1 S. 2 RVO. geändert werden können. Die jetzt gültigen Ortslöhne stammen zumeist noch aus Ende 1913 und gelten an sich bis Ende 1918. Die damals festgesetzten Sätze entsprechen nun aber dem Durchschnitt der jetzt üblichen Löhne bekanntermaßen in keiner Weise mehr. Die Bemessungen, die heutzutage noch nach den alten Sätzen zu erfolgen haben, sind mithin unrichtig. Das ist im Hinblick auf die wichtigen Zwecke, die der Ortslohn zu erfüllen hat, sehr bedauerlich. Auf diese Umstände ist bereits mehrfach im Schrifttum hingewiesen, und auch regierungsseitig ist eine Prüfung der Ortslohnsätze vor längerer Zeit angeregt worden. Ob dem in größerem Umfange stattgegeben ist, ist noch nicht bekannt geworden. Es scheint bislang nicht der Fall zu sein. Man wird aber, wenn man den Zwecken gerecht werden will, die der Ortslohn erfüllen soll, eine Heraufsetzung baldigst vorzunehmen haben. Um Beispiele herauszugreifen, sei darauf hingewiesen, daß der Ortslohn für die Bemessung der Krankenkassenleistungen an die unständig Beschäftigten gilt. Er ist maßgebend in bestimmtem Umfange für die Unfallrenten. Die betroffenen Arbeitnehmer kommen also zu kurz, soweit die Ortslöhne den jetzigen tatsächlichen Löhnen nicht entsprechen, und werden bei Krankheit oder Unfall in wirtschaftliche Not gebracht. Auch die Arbeitgeber haben an der Heraufsetzung ein Interesse: nach dem Ortslohn bestimmt sich z. B. die nach § 124b der Gewerbeordnung zu fordernde Entschädigung der Arbeitgeber bei Vertragsbruch von Arbeitern. Zu

diesen und sonstigen schon an anderen Stellen mehrfach hervorgehobenen Punkten kommt ein weiterer, der bislang noch nicht die gebührende Beachtung gefunden hat: der Ortslohn wird nämlich in der Praxis außer zu den in Gesetzen ausdrücklich hervorgehobenen Zwecken noch anderweitig als Maßstab benutzt. Insbesondere lassen manche Gewerbebetriebe und Behörden den Ortslohn sich aufgeben und verwenden ihn als Richtlinie für die Löhne der von ihnen beschäftigten ungelernten Arbeiter. Solange daher der Ortslohn nicht den wirklichen an den betreffenden Orten im allgemeinen gezahlten Löhnen entspricht, werden jene Löhne unter dem tatsächlichen Durchschnitt sich halten. Das ist im Interesse sowohl der beteiligten Arbeitgeber wie Arbeiter bedauerlich. Dem Verfasser ist bekannt geworden, daß dieser Umstand mehrfach zu dauernden Lohnstreitigkeiten in solchen Betrieben geführt hat, in einem Maße, wie sie in anderen Betrieben vielleicht nicht vorgekommen sind. Das müßte, um ein gedeihliches, ruhiges Arbeiten, zumal in jetziger Zeit und in kriegswirtschaftlich wichtigen Betrieben zu gewährleisten, unbedingt vermieden werden.

Die gegen die Heraufsetzung geäußerten Gründe dürften nicht stichhaltig sein. Der Einwand, daß bei Erhöhung des Ortslohns auch die Beiträge sich erhöhen, kann nicht ausschlaggebend sein. Das muß im Hinblick auf die wirtschaftlichen Vorteile bei Krankheit usw. mit in Kauf genommen werden. Daß die Heraufsetzung den Ausgang neuer Lohnkämpfe bilden werde, ist wenig wahrscheinlich. Es ist nichts darüber bekannt geworden, daß in früheren Fällen bei der Erhöhung des Ortslohns (ortsüblichen Tagesentgelts) derartige Wirkungen sich ergeben haben. Daß eine Wiederherabsetzung später schwer möglich sei und infolgedessen einer nach Beendigung der Kriegszeit notwendigen allgemeinen Herabminderung der Löhne im Wege stehen würde, dürfte ebenfalls unbeachtlich sein. Denn ebensowenig wie bei der Heraufsetzung der wirklichen Löhne irgend jemand die viel niedrigeren Ortslohnsätze als Hindernis gegen die Erhöhung angesehen hat, wird auch bei der Herabsetzung dies der Fall sein. Man kann auch, insbesondere dem letzten der oben angeführten Gründe, nicht entgegenhalten, daß die Sätze des „Ortslohns“ nur für den Bereich der RVO. gelten. Nach Art. 104 EGRVO. gelten vielmehr auch auf den anderen Gebieten, auf denen das, was in der RVO. Regelung gefunden hat, in Betracht kommt, die Bestimmungen der RVO. Fragt also ein Betrieb amtlich nach den Sätzen des ortsüblichen Tagesentgelts, so muß ihm der „Ortslohn“ mitgeteilt werden. Wollte man selbst hinzufügen, daß die tatsächlich üblichen Sätze höher wären — es sei dahingestellt, ob ein solcher Zusatz überhaupt statthaft ist —, so würde der Anfragende, wenn er nicht mit den rechtlichen Verhältnissen genau vertraut ist, den Unterschied nicht verstehen und bei seinen Maßnahmen dennoch vermutlich die amtlich festgestellten Sätze für richtiger halten und sie zugrunde legen. Auch den Einwand, daß die jetzt üblichen Löhne nur vorübergehend höher geworden seien, würde man nicht gelten lassen können. In der allgemeinen Teuerung und dem allgemeinen Heraufgehen der Löhne ist jetzt eine derartige Beharrlichkeit zutage getreten, daß man mit ihnen auch die Ortslöhne, die den Niederschlag von den Lohnsätzen, die eine gewisse Stetigkeit erhalten haben, bilden sollen, in Einklang bringen muß.

Für den Wert der Sachbezüge gilt mancherlei für die Ortslöhne Gesagtes entsprechend. Hier scheint eine Heraufsetzung in weit größerem Umfange stattgefunden zu haben. Vielleicht liegt das daran, daß die Festsetzung der Sachbezugswerte vom Versicherungsamt erfolgt, also in einfacherem Verfahren als die Ortslohnbestimmung, die den Oberversicherungsämtern übertragen ist. Der Sachbezugswert kann daher viel leichter den tatsächlichen Preisen angepaßt werden. Vielleicht bietet sich hier die Anregung, auch die Ortslohnfestsetzung den Versicherungsämtern zu übertragen. Maßgebend soll ja doch auch für die Ortslöhne eben der *orts*übliche Entgelt sein. Die Ortsüblichkeit aber vermag das Versicherungsamt am besten zu übersehen, das ja auch jetzt stets eingehend dem Oberversicherungsamt berichtet. Ein etwaiger Einwand, daß dadurch Mißstände eintreten, insbesondere etwa daß die Ortslöhne zu häufig geändert, zu sehr voneinander abweichen würden u. dgl., läßt sich am besten schon dadurch widerlegen, daß Klagen in dieser Richtung bei der Sachwertbestimmung noch nicht laut geworden sind. Man müßte der Festsetzung des Ortslohns größere Bewegungsmöglichkeit und Anpassungsfähigkeit geben; dann würden die jetzigen Klagen und Bedenken in Zukunft vermutlich verschwinden.

Syndikus Dr. *Ziegler*,
stellv. Vorsitzender des Versicherungsamts Wandsbek.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Privatangestellte und Wohnungsfrage.

Hierüber geht uns folgende Zuschrift zu:

Die seit etwa einem Jahre in der Öffentlichkeit immer mehr erörterte und immer bedrohlicher empfundene Wohnungsnot trifft vor allem die Industriebezirke und großen Städte, unter den verschiedenen Berufsklassen wohl am schwersten die Privatangestellten, deren Beschäftigung in meist städtischen Arbeitsverhältnissen sie unlösbar an die sozialen Zustände dieser Massenwohngebiete bindet. Andererseits bilden die Angestellten selten derart geschlossene Bevölkerungsgruppen, daß sie stark genug wären, durch rein örtliche Vereinigungen die Wohnungsfrage ihrer Berufsgenossen zu lösen. Für den persönlichen Aufstieg die ganzen Entwicklungsjahre hindurch, ja oft bis ins hohe Mannesalter auf vielfachen Stellen- und Ortswechsel angewiesen, an jedem einzelnen Platze auf Hunderte von Arbeitgebern verteilt, hat ihre Mehrzahl bis heute in bestehenden örtlichen Baugenossenschaften ein Unterkommen weder gesucht noch gefunden. Hier galt es, eine der Eigenart der Berufsbedingungen angepaßte, insbesondere das ganze Reichsgebiet als den gewohnten Arbeitsmarkt der Angestellten einheitlich erfassende Grundlage auch für die Lösung der Wohnungsfrage zu schaffen. Eine solche schien von vornherein gegeben, wenn die gleichfalls allen Kreisen der Angestellten im ganzen Reiche dienende Angestelltenversicherung mitzuwirken bereit sein würde.

An dieser Bereitwilligkeit hat es nicht gefehlt. Unter einhelliger Zustimmung der Arbeitgeber- wie der Versichertenvertreter in ihren Körperschaften hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte den darauf hinzielenden Bestrebungen tatkräftig beigestanden. Das Ergebnis ist die vor einigen Tagen

vollzogene Gründung einer Gemeinnützigen Aktiengesellschaft für Angestellten-Heimstätten mit dem Sitze in Berlin. Das Aktienkapital beträgt 2 Millionen in Anteilen zu je 1000 *M*. Durch eine Organisationsbeihilfe von einer weiteren Million Mark außerhalb des Gesellschaftskapitals setzt die Reichsversicherungsanstalt das Unternehmen in den Stand, nennenswerte eigene Gründungs- und Betriebskosten sich auf längere Zeit zu ersparen. Nach seiner Satzung wird es die Aufgabe haben, minderbemittelten Familien und Einzelpersonen im Rahmen des Versicherungsgesetzes für Angestellte gesunde Wohnungen zu angemessenen Preisen zu beschaffen. Zu diesem Zweck wird es für eigene und fremde Rechnung alle einschlägigen Kreditgeschäfte betreiben, Grundstücke erwerben und verwerten und auch selber Bauten nach Maßgabe des jeweiligen Bedürfnisses ausführen. Ein Mittel hierzu wird die Beteiligung an gemeinnützigen provinzialen und örtlichen Unternehmungen von gleicher oder verwandter Zweckbestimmung sein, erforderlichenfalls die Gründung eigener Tochtergesellschaften für Bauausführungen an Plätzen, die keine für das Wohnungsbedürfnis der Angestellten verwendbare Organisation aufzuweisen haben. Die Reichsversicherungsanstalt wird sich gegenüber allem von ihr beanspruchten Wohnungskredit der Gesellschaft bedienen zur Prüfung der Frage, ob seine Bewilligung im Einzelfalle die Bedürfnisse der Angestellten zu erfüllen geeignet ist.

Mit einer Reihe provinzialer und örtlicher Siedlungsvereine sowie großstädtischen Verwaltungen in West- und Süddeutschland schweben bereits aussichtsvolle Verhandlungen über deren Beteiligung an dem neuen Unternehmen unter gleichzeitiger Inanspruchnahme seiner Dienste für die Finanzierung und Durchführung größerer Bauvorhaben. Die wachsende Bereitwilligkeit der Städte, auch ohne die so dringend erwünschte Klärung der Frage, wer die gegenwärtigen Überteuerungskosten des Bauens schließlich tragen soll, den Geldbedarf einstweilen als Selbstnehmer oder durch kommunale Bürgschaft flüssig zu machen, wird die Aktiengesellschaft hoffentlich instand setzen, wenigstens an den notleidendsten Plätzen bereits tatsächlich zu bauen. Denn nur indem bald und ausgiebig gebaut wird, läßt sich die drohende Wohnungsnot mit einiger Aussicht auf Erfolg bekämpfen. Bauen aber ist wiederum nur möglich, wenn den unmittelbar zur praktischen Arbeit berufenen Kommunalverbänden die vom Reichstage beschlossenen 500 Millionen nebst entsprechenden einzelstaatlichen Beihilfen schleunigst für die Deckung des dauernd verlorenen Bauaufwandes zur Verfügung gestellt werden, wobei ihnen die Verpflichtung angemessener eigener Zuschüsse, möglicherweise mit dem Rechte einer gewissen Abwälzung auf die an der Wohnungsfrage beteiligten Gewerbebetriebe ihres Gebietes, nicht erlassen werden sollte.

Bei dem Entstehen der Aktiengesellschaft für Angestellten-Heimstätten haben außer mehreren Arbeitgebern und Kommunalverwaltungen sämtliche Arbeitsgemeinschaften der Angestelltenverbände mitgewirkt. Diese planen für die erste Novemberhälfte, sobald die parlamentarischen Tagungen und das Versammlungsleben der Reichshauptstadt wieder im Gange sind, eine gemeinsame Kundgebung in Berlin, um in Reih und Glied mit allen Vorkämpfern einer durchgreifenden Wohnungsfürsorge ihren Forderungen öffentlichen Nachdruck zu verleihen.

Berufskrankheiten und Unfallversicherung.

Hierüber verhandelte der Geschäftsführende Ausschuß des Verbandes der Deutschen Berufsgenossenschaften in seiner Sitzung in München am 10. Mai 1918. Der Berichterstatter Dr. Brauer verwies (nach der „Berufsgenossenschaft" 1918 S. 103) darauf, daß aus Anlaß eines Urteils des Reichsversicherungsamts das Reichsamt des Innern auf Beschwerde eines sozialdemokratischen Abgeordneten hin die Verordnung vom 12. Oktober 1917 über die Gewährung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten bei Gesundheitsschädigungen durch aromatische Nitroverbindungen veranlaßt habe, trotzdem man im Reichsamt des Innern (jetzt im Reichswirtschaftsamt) und im Preußischen Handelsministerium bisher, den Standpunkt der Berufsgenossenschaften teilend, die außerordentlichen medizinischen und juristischen Schwierigkeiten der Unterstellung von Berufskrankheiten unter die Unfallversicherung anerkannt hätte. Ursprünglich sei verlangt worden, sämtliche Arbeiter für alle Arbeiten in Munitionsbetrieben bei damit zusammenhängenden Krankheiten der Unfallversicherung zu unterstellen. Bei einer Besprechung im Reichsamt des Innern, an der das Reichsgesundheitsamt, das Reichsversicherungsamt und die Berufsgenossenschaften der Feinmechanik und Elektrotechnik und der chemischen Industrie teilnahmen, sei dann die jetzige Beschränkung auf Todesfälle durch aromatische Nitroverbindungen erreicht worden. An sich habe ein dringendes Bedürfnis auch danach nicht mehr vorgelegen, denn in Sprengstoffbetrieben seien zwar anfänglich viele Erkrankungen durch die Giftwirkung der verarbeiteten Stoffe vorgekommen, durch die sofort einsetzenden Maßnahmen der Berufsgenossenschaft, die eine sehr wirksame Unterstützung durch die militärischen Stellen, namentlich durch die beim technischen Stabe des Kriegsamts errichtete Zentralaufsichtsstelle (Zauf), erhalten habe, seien diese Erkrankungen auf ein Mindestmaß herabgedrückt worden. In den zuständigen Reichsämtern scheine die Neigung immer mehr an Boden zu gewinnen, künftig alle Berufskrankheiten der Unfallversicherung zu unterstellen. Im Reichstag lägen zur Zeit zwei Anträge vor, und zwar ein Antrag Antrick und Genossen (unabhängige Sozialdemokraten) vom 18. März 1918:

„Der Reichstag wolle beschließen, den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, die Bekanntmachung über die Gewährung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten bei Gesundheitsschädigungen durch aromatische Nitroverbindungen vom 12. Oktober 1917 dahin zu erweitern, daß jede körperliche, die Erwerbsfähigkeit der Arbeiter beeinträchtigende Schädigung, die bei der Herstellung oder Verarbeitung von nitriertem Kohlenwasserstoff entsteht, als Folge eines Betriebsunfalls anerkannt und entschädigt werden, sowie, daß Arbeiter, die infolge der Betriebsgefahren bei Herstellung oder Handhabung von Explosivstoffen durch giftige Gase, ätzende Dämpfe, Staubentwicklung und dergl. erkranken und eine Einbuße an ihrer Erwerbsfähigkeit erleiden, nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung entschädigt werden." (Aktenstück zu den Verhandlungen des Reichstags 1914/1918 Nr. 1404),

und noch weitergehend ein Antrag Gröber und Genossen (Aktenstück Nr. 1387), nach dem die verbündeten Regierungen zu ersuchen sind, baldmöglichst von der Vollmacht des § 547 der Reichsversicherungsordnung, die Unfallversicherung auf bestimmte ge-

werbliche Berufskrankheiten auszudehnen, Gebrauch zu machen. — Der Berichterstatter empfiehlt, nicht an den Reichstag, sondern nur an das Reichswirtschaftsamt eine begründete Eingabe zu richten, wonach zur Zeit ein dringendes Bedürfnis nach der geplanten Ausdehnung nicht vorliegt und insbesondere die Versicherungsträger bei ihrer augenblicklichen Personal- und Geschäftslage umfangreiche und schwierige Neuerungen, wie sie die Ausdehnung mit sich bringen würde, während des Krieges nicht durchführen können.

Verschiedene Redner erinnerten daran, daß der Berufsgenossenschaftstag 1914 einstimmig eine Entschließung gegen die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten angenommen habe. Etwa mangelnde Aussicht auf Erfolg dürfe die Berufsgenossenschaften nicht abhalten, das als richtig Erkannte in einer so wichtigen Frage nachdrücklich geltend zu machen. Die Verordnung vom Oktober 1917 sei auf Grund des Ermächtigungsgesetzes ergangen, ein Präzedenzfall für § 547 RVO. liege also noch nicht vor. Ein Bedürfnis, die Verordnung vom Oktober 1917 über Todesfälle hinaus auch auf Gesundheitsschädigungen zu erweitern (Antrag Antrick) bestehe nicht, weil Vergiftungen durch Nitroverbindungen entweder mit dem Tode oder mit Wiederherstellung endigten, nicht aber dauernde Gesundheitsschädigungen zurückließen. Im übrigen sei der Antrag schon wegen mangelnder Abgrenzung der Fälle juristisch ganz unausführbar.

Es wurde beschlossen, baldigst eine entsprechende Eingabe an den Reichstag und an das Reichswirtschaftsamt zu richten.

Rückforderung zu Unrecht gezahlter Unterstützungen von Kriegerfrauen.

Hierüber entnehmen wir der Nordd. Allg. Zeitung Nr. 396 (Abendausg. vom 5. August 1918) folgende Ausführungen:

Nach dem Gesetz vom 30. September 1915 wird Familienunterstützung während dreier Monate über den Zeitpunkt hinaus gewährt, von dem an die auf Grund des Gesetzes vom 17. Mai 1907 zu zahlenden Hinterbliebenenbezüge zuständig sind. Weiter gewährte und darüber hinaus gezahlte Familienunterstützungen gelten als Vorschußzahlungen auf die Hinterbliebenenbezüge und sind bei deren Auszahlung einzubehalten. Es kommt nun heutigen Tages, wo die Familienunterstützungen in Anbetracht der Teuerung allerorten wesentlich erhöht worden sind, während die Hinterbliebenenrenten zunächst nicht gleichen Schritt mit der Teuerung gehalten haben, häufig vor, daß die Familienunterstützung höher ist als die Hinterbliebenenrente, daß infolgedessen die Anrechnung der gezahlten Familienunterstützung auf die Hinterbliebenenrente nicht zur vollen Deckung führt. Die Kriegerfrauen vermeiden in der Erkenntnis, daß sie sich beim Bezug von Familienunterstützung besser stehen, häufig absichtlich, den rechtzeitigen Antrag auf Hinterbliebenenversorgung zu stellen, und bewirken so, daß die Familienunterstützung noch jahrelang nach dem Tode gezahlt wird und daß der Unterschied zwischen der Familienunterstützung und der anrechenbaren Hinterbliebenenrente ganz erheblich groß wird. Es fragt sich, welches Recht eine Stadt oder ein Lieferungsverband gegenüber solchen absichtlich die Gewährung der Hinterbliebenenrente hinauszögernden Kriegerfrauen hat.

Es kommt in Frage fünferlei: 1. Kann die Stadt oder der Lieferungsverband von der Kriegerfrau den Unterschied zurückfordern, der in der Familienunterstützung und der bis zur Auszahlung der Rente aufgelaufenen Hinterbliebenenrente besteht? 2. Kann die Stadt oder der Lieferungsverband die laufende Hinterbliebenenrente angreifen? 3. Kann die Stadt oder der Lieferungsverband für die Kriegerfrau bei der Militärbehörde den Antrag auf Hinterbliebenenrente stellen, wenn es die Kriegerwitwe nicht tut? 4. Kann die Stadt oder der Lieferungsverband die Kriegerwitwe zur Stellung des Antrags bei der Militärbehörde zwingen? 5. Kann die Stadt oder der Lieferungsverband die Familienunterstützung einstellen, auch wenn Hinterbliebenenversorgung noch nicht gewährt wird?

Es unterliegt keinem rechtlichen Zweifel, daß der Lieferungsverband von der Empfängerin an sich Ersatz nach den Grundsätzen über die ungerechtfertigte Bereicherung gemäß § 812 BGB. verlangen kann. Die Durchführung dieses Rückforderungsanspruches wird jedoch in der Praxis meist daran scheitern, daß die zu Unrecht erhobenen Familienunterstützungsbeträge bereits aufgezehrt sind und die Empfänger wegen Mittellosigkeit meist nicht in der Lage sind, aus anderen Einnahme- oder Vermögensquellen die Beträge zu erstatten. Auch dürfte es in der Praxis als eine unbillige Härte empfunden werden, wollte die Stadt oder der Lieferungsverband von dem Rückforderungsrecht Gebrauch machen. Daher gebietet der Erlaß des bayerischen Ministeriums vom 24. Mai 1916 ausdrücklich, von einer Rückforderung der zuviel gezahlten Beträge, soweit nur irgend möglich, abzusehen. Auch der preußische Erlaß vom 17. Juli 1917 geht davon aus, daß im allgemeinen keine Rückerstattung zu erlangen sein wird. Ist es sonach meist aussichtslos, die zuviel gezahlten Unterstützungsbeträge auf einmal zurückzuverlangen,, so könnte es sich fragen, ob man die laufende Hinterbliebenenrente für die Rückerstattung in Anspruch nehmen kann. Das wäre indessen meist sehr gefährlich, da die Kriegerfrauen sie zum Lebensunterhalt oft unbedingt brauchen und infolgedessen ihre Inangriffnahme noch weit mehr als unbillige Härte empfunden werden würde als im oben erwähnten Falle. Daher verbietet der preußische Erlaß vom 17. Juli 1917 auch ohne Rücksicht auf die etwa schon bestehenden Rechtsbedenken, die einer Inangriffnahme der laufenden Rente entgegenstehen würden, ausdrücklich, laufende Unterstützungsbeträge ohne Einverständnis der Empfänger zu kürzen.

Die Stadt oder der Lieferungsverband hat auch nicht die Möglichkeit, den Antrag für die Kriegerwitwe bei der Militärbehörde selbst zu stellen. Er kann sie auch nicht in irgend einer Form zur Stellung des Antrags zwingen. Auf welche Weise kann er dann vermeiden, daß auf lange Jahre hinaus er die Familienunterstützung, die höher ist als die Hinterbliebenenrente, zahlen muß? Ist er von dem Willen der Kriegerwitwe abhängig? Nach dem bloßen Wortlaut des Gesetzes muß er allerdings die Familienunterstützung zahlen, bis die Rente gewährt wird oder die Formation, der der Mann angehörte, auf den Friedensfuß zurückgeführt oder aufgelöst ist. Es wäre nun aber eine gar zu sehr nach dem Buchstaben des Gesetzes gehende Auslegung, wollte man die Stadt und den Lieferungsverband für verpflichtet halten, solange es der Kriegerfrau paßt, die Unterstützung zu gewähren. Es dürfte vielmehr die Auslegung gerechtfertigt sein, daß die Familienunterstützung zu zahlen ist bis zu dem Zeitpunkt, wo die Hinterbliebenenrente gewährt wird oder doch gewährt werden würde, wenn der Antrag zu einer Zeit gestellt worden wäre, zu der man die Stellung des Antrags der Kriegerfrau zumuten konnte. Von dieser Auslegung geht offenbar

auch der Erlaß des preußischen Ministers vom 24. August 1916 aus. Er verpflichtet die auszahlenden Beamten, die Empfänger vor der Zahlung zu fragen, ob der Kriegsteilnehmer tatsächlich noch dem Heere angehört oder noch am Leben ist. Im Fall der Verneinung soll die Auszahlung der Beträge verweigert und die weitere Bestimmung der für die Anweisung in Frage kommenden Behörde einzuholen sein.

Eine derartige Handhabung der Lieferungsbände, wonach sie auf Antragstellung seitens der Kriegerfrauen bringen, bedeutet keine besondere Härte für die Kriegerfrauen; denn wenn sie wirklich an Hinterbliebenenrente weniger bekommen als an Familienunterstützung, so sorgt doch der Erlaß des preußischen Ministers vom 24. April 1917 dafür, daß der Unterschied zwischen Familienunterstützung und Hinterbliebenenrente den bedürftigen Kriegerwitwen im Wege der Kriegswohlfahrtspflege ausgezahlt wird.

Literarisches.

Seelmanns Sammlung von Einzeldarstellungen des Reichsversicherungsrechts. Verlag von Stephan Geibel, Altenburg, S.-A. 1917 und (Heft 10) 1918.

Von dem zweckmäßigen Unternehmen dieser Sammlung ist hier schon wiederholt die Rede gewesen (1913 S. 285, 1914 S. 102, 1916 S. 573). Den dort besprochenen 5 Heften sind nun weitere 5 gefolgt. Heft 6 „Weitere Kriegsverordnungen im Bereiche des Reichsversicherungsrechts" (Preis 1,30 *M*) setzt die mit Heft 5 begonnene Textsammlung der Verordnungen bis zum Mai 1917 fort. — Heft 7 bringt die „Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten" (Preis 1,60 *M*), die vollständigen amtlichen Erläuterungen und dann einen klar gefaßten Kommentar zu den einzelnen Vorschriften der Verordnung.— Heft 8 „Die Rechtsprechung der Versicherungsbehörden zum 2. Buche der RVO." (Preis 1,60 *M*). Die Entscheidungen zur Krankenversicherung von 1914 bis Mai 1917 sind hier in der Paragraphenfolge in kurzer, klarer Fassung und übersichtlicher Ordnung mitgeteilt. — Heft 9 behandelt „Die Kosten im Verfahren vor den Versicherungsämtern und den Oberversicherungsämtern" (Preis 1,50 *M*) in systematischer Darstellung, unter Eingehen auf die zahlreichen Zweifelsfragen an der Hand der darüber ergangenen Entscheidungen. — Heft 10 „Soldaten und Reichsversicherung" ist eine besonders verdienstliche Arbeit, weil sie die Rechte und Pflichten der Soldaten und ihrer Angehörigen aus der Reichsversicherung in leicht verständlicher Sprache darstellt und so den oft rechtsunkundigen Interessenten ein Mittel an die Hand gibt, sich zu belehren und vor Beeinträchtigung ihrer Rechte zu schützen. Im letzten Abschnitt wird in entsprechender Weise auch auf die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten eingegangen.

Alle diese Arbeiten zeugen für den praktischen Sinn des Verfassers. Um so mehr fällt ein praktischer Fehler auf, der namentlich im Heft 8 bei der Mitteilung der Rechtsprechung zur Krankenversicherung zutage tritt. Die „Arbeiter-Versorgung" ist regelmäßig bei solchen Entscheidungen, die auch in anderen Sammlungen abgedruckt sind, nicht angeführt, sondern nur da, wo sie als alleinige Fundquelle in Betracht kommt. Das ist ein Mangel, der den Wert des Heftes für den großen Kreis unserer Leser, die auch die Begründung des mitgeteilten Entscheidungssatzes einsehen möchten, erheblich herabgedrückt.

Grundzüge des Versicherungswesens (Privatversicherung). Von Professor Dr. Alfred Manes. Dritte veränderte Auflage. Leipzig und Berlin 1918 bei B. G. Teubner. 123 S. Preis 1,20 *M*, geb. 1,50 *M* (Zuschlag 30 v. H.)

Das Buch ist als 105. Bändchen der bekannten Sammlung wissenschaft - gemeinverständlicher Darstellungen „Aus Natur und Geisteswelt" erschienen. Professor Manes, Geschäftsführer des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft, ist der Verfasser eines umfassenderen systematischen Werkes über „Versicherungswesen" und hat daraus die vorliegenden Grundzüge herausgearbeitet, die besonders als erste Einführung kaufmännischer Kreise in die Versicherungs**wirtschaft** gedacht und durch einen Abschnitt über das Versicherungsvertragsrecht ergänzt sind. Aber die geschickte und in faßlicher Form dargebotene Übersicht über das so weit verzweigte Gebiet der privaten Versicherung darf über jenen Kreis hinaus das Interesse der Gebildeten beanspruchen; und für unsere Leser werden manche Abschnitte wegen ihrer Berührung mit der Sozialversicherung noch von besonderem Interesse sein. Auch die mannigfachen durch den Krieg bedingten Besonderheiten sind in der vorliegenden neuen Auflage berücksichtigt.

Der Arbeitsnachweis. Von Magistratsrat Paul Wölbling. Berlin 1918 bei J. Guttentag. 214 S. Preis 6 *M*, geb. 8 *M*.

Eine sehr verdienstliche Arbeit zur rechten Zeit. Denn wenn es die Aufgabe des Arbeitsnachweises im allgemeinen ist, den kostbaren Schatz unserer nationalen Arbeitskräfte zu hüten und jede einzelne Kraft möglichst an die Stelle zu leiten, wo sie nach ihrer Eigenart und nach den wirtschaftlichen Bedürfnissen der Zeit am besten sich auswirken, sich bewähren und Nutzen stiften kann, und wenn die Friedenszeit, der wir entgegenhoffen, die Schwierigkeiten dieser Aufgabe gewaltig vervielfältigen wird, so muß das vorliegende „Handbuch für den Gebrauch bei der Stellenvermittlung im Deutschen Reiche" besonders willkommen sein. Es behandelt zunächst die gegebenen Formen der gewerbsmäßigen und der nicht gewerbsmäßigen — privaten wie öffentlichen — Stellenvermittlung, dann die privatrechtlichen und die öffentlich-rechtlichen Normen, denen Stellenvermittlung und Arbeitsnachweise der verschiedenen Arten unterstehen, weiter die verschiedenen Organisationsformen, die Stellung der Arbeitgeber und Arbeiter zum Arbeitsnachweis, die Geschäftsführung der Arbeitsnachweise, die mit ihnen verbundenen Nebenbetriebe, um dann zu den besonderen Aufgaben nach

dem Friedensschluß und bei der Übergangswirtschaft überzugehen und schließlich die verschiedenen Vorschläge einer gesetzlichen Regelung des Arbeitsnachweises darzustellen und zu beleuchten. — In gedrängter, klarer Form bietet das Buch reiche Belehrung und mannigfache Anregung.

Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des 35. deutschen Armenpflegetages. — Am 21. und 22. September 1917 hat in Berlin der deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit getagt, um über 1. die Übergangsfürsorge vom Krieg zum Frieden und 2. die Beaufsichtigung der freien Liebestätigkeit nach dem Kriege zu verhandeln. Hierüber ist im Verlage von Duncker u. Humblot (München und Leipzig 1918) ein 252 Seiten starker vollständiger Bericht (Heft 107 der Schriften des bezeichneten Vereins, Preis 8 M.) erschienen, der die eingehenden Ausführungen sachkundiger, in der Fürsorgetätigkeit bewährter Männer und Frauen aus allen Teilen des Reichs, die Leitsätze und die gefaßten Entschließungen vollständig mitteilt. Der erste der beiden Verhandlungsgegenstände gliederte sich in zwei Teile: Überleitung der Kriegerfamilienunterstützung in die Friedensverhältnisse und Erwerbslosenunterstützung in der Übergangszeit. Die dem Berichte vorausgeschickte „Anwesenheitsliste“ bezeugt durch die große Zahl der Teilnehmer — Vertreter von Behörden, Körperschaften, sowie Privatpersonen — das starke Interesse, das die Verhandlungsgegenstände erregten und das auch der vorliegende stenographische Bericht für sich beanspruchen darf.

Schweizerische Zeitschrift für Unfallkunde. Verlag von Ferd. Wyß in Bern. Preis des Jahrgangs 15 M. — Vom 12. Jahrg. (1918) dieser Zeitschrift für Unfallmedizin und Unfallrechtsprechung, die insbesondere auch die grundsätzlichen Entscheidungen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts bringt, ist uns das erste Heft zugegangen. Es enthält interessante Beiträge in französischer und deutscher Sprache. Aus einführenden Bemerkungen entnehmen wir, daß die Aufsätze und Mitteilungen, ohne Rücksicht auf die Sprache, in der sie verfaßt sind, einfach nach sachlichen Gesichtspunkten geordnet, also immer in der Sprache des Verfassers veröffentlicht werden. Es wird dabei auch auf Beiträge aus den italienisch sprechenden Landesteilen gerechnet — gemäß dem Leitspruch: „Drei Sprachen und ein Volk“.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Arbeitsfähigkeit eines Schwachsinnigen?

1. **Nach B.** Antwort: Bei Zugrundelegung Ihrer Angaben beurteilen wir den Fall wie folgt: Kl. ist am 6. 12. 17 aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden. Er — und an seiner Stelle der Armenverband nach §§ 1531 ff. RVO. — hat Anspruch auf Ersatzleistung der Kasse wegen der am 24. 1. 18 eingeleiteten Krankenhauspflege, wenn diese veranlaßt war durch eine Krankheit, die entweder schon am 6. 12. 17 bestanden hat oder innerhalb dreier Wochen von diesem Tage ab eingetreten ist (§ 214 RVO.). Dabei ist unter Krankheit ein anormaler Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der in dem Bedürfnis von Krankenpflege oder in Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt. Dieser versicherungsrechtliche Krankheitsbegriff wird durch den dauernden Schwachsinn des Kl. nicht ohne weiteres erfüllt, da dieser Zustand kein gleichmäßiger ist und in den großen Zeiträumen verhältnismäßiger Ruhe weder eine Heilbehandlung erfordert, noch den Kl. arbeitsunfähig macht. Nach der Äußerung des Chefarztes der Heil- und Pflegeanstalt gehört Kl. zu der Klasse von Schwachsinnigen, bei denen näher bezeichnete Reizzustände auftreten, die Aufnahme in die Heilanstalt erfordern, dann aber auch wieder abklingen, so daß der Schwachsinnige entlassen und „unter günstigen äußeren Verhältnissen“ erwerbsfähig werden und die Arbeit wieder aufnehmen kann. Bei Kl. war nach wiederholtem Anstaltsaufenthalt im Oktober 1916 ein längerer Zeitraum der Ruhe eingetreten. Er hielt sich bis August 1917 bei seinen Eltern auf und nahm dann eine Arbeitsstelle in einer Fabrik an, aus der er am 6. 12. 17 entlassen wurde. Nach den mitgeteilten Angaben des Betriebsmeisters halten wir für sicher, daß der Grund der Entlassung das Wiederauftreten eines jener Reizzustände war, der den Kl. zur Fortsetzung der Arbeit in der Fabrik ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes unfähig machte. Er war also als Mitglied der Kasse in einen Zustand geraten, der als Erkrankung im versicherungsrechtlichen Sinne, als Versicherungsfall nach § 182 RVO. anzusehen ist, und es fragt sich nur noch, ob dieser Versicherungsfall bis zur Aufnahme in die Anstalt fortgedauert hat. Der Kreisarzt hat nach seinem schriftlichen Zeugnis und nach der mündlichen Erläuterung den Kl. am 8. 1. 18 zwar zur Fortsetzung der Fabrikarbeit für unfähig, jedoch zur Wiederaufnahme der früher verrichteten Wegearbeiten für fähig erklärt. Müßte man sich nur an diese gutachtliche Äußerung halten, so müßte man annehmen, daß Kl. am 8. 1. 18 wieder arbeitsfähig im Sinne der Krankenversicherung war. Denn obgleich unter Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 182 „Berufsinvalidität“ zu verstehen ist, so daß es im allgemeinen auf die Fähigkeit zu derjenigen Arbeit ankommt, auf Grund deren die Versicherung bestand, so ist doch kein entscheidendes Gewicht auf den Unterschied zwischen der von Kl. zuletzt ausgeübten Fabrikarbeit und der von ihm frühere Jahre hindurch verrichteten Wegearbeit zu legen. Der Beruf dieses Schwachsinnigen war eben nicht Arbeit in einem bestimmten Fache, sondern die Leistung von Diensten eines ungelernten

Arbeiters; war er hierzu an der einen Stelle untauglich, an einer anderen aber tauglich, so kann man nicht sagen, daß er zur Ausübung seines Berufes unfähig war. Dennoch tragen wir Bedenken, die Beurteilung des Falles lediglich auf die Äußerung des Kreisarztes zu gründen. Wenn Kl. schon am 24. 1. 18 wieder in die Anstalt aufgenommen worden ist, so muß angenommen werden, daß dies durch seinen Zustand notwendig geworden war, und es liegt recht nahe, anzunehmen, daß diese Notwendigkeit nicht erst am 24. 1. 18 eingetreten ist, sondern auf Grund des akuten Reizzustandes, der zu seiner Entlassung geführt hatte, fortbestanden hat, daß also Kl. mindestens seit dem 6. 12. 17 dauernd außerstande war, ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes seiner Berufstätigkeit als Arbeiter nachzugehen. Das entspricht dem Gutachten des Chefarztes, der sich allgemein dahin geäußert hat, daß Kl. zu jenen Schwachsinnigen gehört, „bei denen akute Zustände von Verstimmung, Reizbarkeit, Unruhe, Unverträglichkeit eintreten und die deshalb in die Anstalt aufgenommen werden müssen." Kl. hätte hiernach wohl sofort nach seinem Austritt aus der Fabrikarbeit in die Anstalt gehört. Wenn er statt dessen zunächst wieder sich bei seinen Eltern aufgehalten hat, so waren hierdurch ersichtlich nicht jene „günstigen äußeren Verhältnisse" herbeigeführt, unter denen nach dem Gutachten desselben Arztes Kl. wieder „erwerbsfähig werden und Arbeit aufnehmen" konnte. Wir neigen dazu, den Ersatzanspruch des Armenverbandes ohne weiteres für begründet zu erachten, weil es sich bei der Aufnahme in die Anstalt nicht um einen „neuen", nach mehr als drei Wochen vom Austritt aus der Beschäftigung eingetretenen, sondern noch um denselben Versicherungsfall handelte, der schon während der Mitgliedschaft des Kl. eingetreten war. Sollten in dieser Hinsicht gleichwohl Bedenken bestehen, so müßten noch nähere Erhebungen über das Verhalten des Kl. in der Zwischenzeit und dann eine erneute gutachtliche Äußerung veranlaßt werden.

Beschlußfähigkeit des Ausschusses.

2. **Kreiskrankenkasse L.** Frage: Der Ausschuß unserer Kasse besteht aus 42 Vertretern. Über seine Beschlußfähigkeit bestimmt § 92 der Satzung: „Der Ausschuß ist beschlußfähig, wenn die Vertreter vorschriftsmäßig berufen und mehr als ein Drittel der Vertreter erschienen sind. Der Ausschuß wird unter Angabe der Gegenstände der Verhandlungen wenigstens eine Woche vorher durch schriftliche Einladung der Ausschußvertreter zur Sitzung einberufen." Im Laufe des Krieges sind nun Ausschußmitglieder und Ersatzmänner bzw. Stellvertreter in einer solchen Zahl aus der Kasse ausgeschieden oder zur Fahne einberufen und dadurch an der Ausübung ihres Amtes seit längerer Zeit behindert, daß insgesamt kaum 14 bis 16 Ausschußmitglieder einschließlich Ersatzmänner oder Stellvertreter noch verfügbar sind, von denen die Mehrheit dazu der Gruppe der Arbeitgeber angehören. Der Kassenvorstand erachtete bei dieser Sachlage bis vor etwa Jahresfrist den Ausschuß für beschlußunfähig, glaubte aber aus Zweckmäßigkeitsgründen einstweilen von der Vornahme der Ersatzwahlen Abstand nehmen zu sollen. Den erreichbaren Mitgliedern und Ersatzmännern des Ausschusses gab er deshalb außerhalb einer sogenannten Ausschußsitzung Gelegenheit, in Form einer Besprechung vom Stande der Kassenangelegenheiten sich zu unterrichten. Infolge abweichender amtlicher Auskunft betrachten die noch vorhandenen vorerwähnten Ausschußmitglieder bzw. Ersatzmänner (Stellvertreter) — etwa 16 an der Zahl — sich als ein beschlußfähiges Kassenorgan, wenn und soweit ein Drittel der Vertreter (⅓ von 42 = 14) zu einer Ausschußsitzung erscheinen. Man steht ferner auf dem Standpunkt, der Ausschuß sei beschlußfähig, wenn die im Felde stehende nicht unerhebliche Zahl der Ausschußmitglieder (Ersatzmänner, Stellvertreter) schriftlich miteingeladen worden sei, auch wenn diese am Erscheinen verhindert sind und ihr Amt tatsächlich nicht ausüben können. Man glaubt also dann der Vorschrift des § 92 der Kassensatzung entsprochen zu haben, welche vorschreibt: „Der Ausschuß ist beschlußfähig, wenn die Vertreter vorschriftsmäßig berufen sind." Bei dieser Auslegung und Handhabung des § 92 der Satzung hielt man es weiter für erforderlich, im Wege der Satzungsänderung zu bestimmen: „Ist der ordnungsmäßig einberufene Ausschuß beschlußunfähig, weil nicht mehr als ein Drittel der Vertreter erschienen sind, so findet eine halbe Stunde später eine neue Sitzung statt, welche unabhängig von der Zahl der Erschienenen stets beschlußfähig ist." Eine solche Satzungsänderung wurde vom Oberversicherungsamt genehmigt. — Ich halte das vorerörterte Verfahren 1. bezüglich der Einberufung des Ausschusses, 2. hinsichtlich der Auslegung des satzungsmäßigen Begriffes „beschlußfähiger Ausschuß" für rechtsirrig und 3. den auf die zweite Ausschußsitzung sich beziehenden Satzungsnachtrag für ungültig und unwirksam. Meines Erachtens muß durch Ersatzwahlen zunächst der Ausschuß auf seine satzungsmäßige Stärke von 14 Arbeitgebern und 28 Versicherten gebracht werden, welche selbstverständlich auch zur Ausübung des Amtes persönlich in der Lage sein müssen. Diese 42 Vertreter müssen eine Woche vorher schriftlich eingeladen werden und von den ordnungsmäßig berufenen Vertretern müssen mindestens 15 zur Sitzung erschienen sein, wenn der Ausschuß beschlußfähig sein soll. Bis zur Erfüllung dieser beiden Voraussetzungen können die dem Ausschuß gesetz- oder satzungsmäßig obliegenden Aufgaben von einer anderweitig zusammengesetzten Personengemeinschaft nicht erfüllt, mithin Beschlüsse im Rechtssinne der RVO. nicht gefaßt werden. Es mangelt eben an dem „gesetzlichen Organ".

Antwort: Wir können Ihre Auffassung im allgemeinen nicht teilen. Man kann nicht sagen, daß der Ausschuß als gesetzliches Organ nicht vorhanden sei, weil eine erhebliche Zahl von Mitgliedern für nicht absehbare Zeit an der Ausübung ihres Amtes verhindert oder überhaupt nicht mehr vorhanden sind. Richtig ist nur, daß eine Ergänzung des Ausschusses unerläßlich ist, wenn durch jene Umstände die Zahl der Mitglieder so gesunken ist, daß gültige Beschlüsse nicht gefaßt werden können (zu vgl. Besch. des Preuß. Handelsmin. in ArbVers. 1916 S. 153). Das Versicherungsamt muß diese Frage fortgesetzt im Auge behalten und nötigenfalls auf Ergänzungswahlen dringen (Erl. des Bayer. Min. des Inn. daselbst S. 322), und wir meinen, daß hierzu im vorliegenden Falle hinreichender Anlaß vorliegt, wenngleich zur Not noch soviel Ausschußmitglieder zur Verfügung stehen, wie zur Beschlußfähigkeit notwendig sind (ArbVers. 1916 S. 166 Ziff. 1). Immerhin ist ein Ausschuß noch vorhanden, wenn die Zahl der zur Verfügung stehenden Mitglieder und Ersatzmänner noch mehr als ⅓ von 42, also mindestens 15 beträgt. Die Einberufung der offenkundig und zweifelsfrei an der Ausübung des Amtes Verhinderten halten wir für eine leere und überflüssige Förmlichkeit. Der Ausschuß ist gültig einberufen, wenn die übrigen gehörig eingeladen sind, und er ist nach der bisherigen Satzung beschlußfähig, wenn von ihnen mindestens

15 erschienen sind. Die Satzungsänderung aber halten wir für gültig. Das Gesetz enthält keine Vorschrift, wonach für Beschlüsse die Anwesenheit einer Mindestzahl von Mitgliedern bestimmt werden müßte (Arb.-Vers. 1917 S. 72 Ziff. 6); die Satzung kann daher auch bestimmen, daß in einer neu anzuberaumenden Sitzung eine geringere Zahl von Anwesenden genügen soll (ArbVers. 1915 S. 695 Ziff. 6), oder daß es in dieser neuen Sitzung auf die Zahl der Anwesenden überhaupt nicht ankommen soll; in diesem Falle genügt es, wenn mindestens zwei Mitglieder erschienen sind (ArbVers. 1918 S. 339 Ziff. 1). Daß die in Frage stehende Satzungsänderung lediglich eine Vertagung der Sitzung auf eine halbe Stunde vorsieht, erscheint freilich als eine bloße Förmlichkeit, macht aber die Bestimmung nicht ungültig. Zumal als Kriegsmaßnahme erscheint sie haltbar.

Kein Anspruch der Kasse auf Ersatz ihrer Aufwendungen wegen Verletzung der Meldepflicht durch den Arbeitgeber.

3. Nach Stendal. Antwort: Nach § 50 des nicht mehr geltenden Krankenversicherungsgesetzes hatte der Arbeitgeber, der schuldhaft die Anmeldung eines Versicherungspflichtigen zur Krankenkasse unterließ, dieser alle Aufwendungen zu erstatten, die sie im Krankheitsfalle machte. Eine entsprechende Vorschrift ist aber in der RVO. nicht enthalten. Wohl aber kann der Arbeitgeber, der seine Meldepflicht verletzt, gemäß § 530 RVO. in eine Geldstrafe vom Versicherungsamt genommen werden. Ist dies geschehen, so kann die Kasse ihm außerdem die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegen. Diese Buße — § 531 — ist an die Stelle des Ersatzanspruchs getreten, der früher den Kassen nach § 50 KVG. zustand. § 1542 RVO. behandelt nur den Übergang von solchen Ansprüchen auf die Kasse, die dem Versicherten gegenüber dritten Personen zustehen, paßt also gar nicht auf den Fall der Verletzung der Meldepflicht durch den Arbeitgeber.

Verlust des Rechts zur Weiterversicherung.

4. Nach Iserlohn. Antwort: Der Arbeitgeber, der wegen Fortfalls der Versicherungspflicht seinen Angestellten abmeldet, ist nicht verpflichtet, diesem das mitzuteilen; es ist vielmehr dessen Sache, sich selbst darum zu kümmern, ob er noch versicherungspflichtig ist oder nicht. Insbesondere muß er, falls er auf Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft Wert legt, seine Versicherung durch rechtzeitige Anmeldung fortsetzen, sobald er die Gehaltsgrenze überschreitet. Ist sein Recht hierzu infolge Versäumung der Frist erloschen, so darf die Kasse nicht aus Billigkeitsgründen die Weiterversicherung gestatten. Dies mag hart erscheinen, entspricht aber durchaus der Rechtslage.

Sind Hebammenschülerinnen in einer Universitätsklinik „Lehrlinge"?

5. Nach Halle a. S. Frage: In der hiesigen Königlichen Universitätsfrauenklinik werden, wie auch in anderen geburtshilflichen Instituten, Lehrgänge für Hebammenschülerinnen abgehalten, die neun Monate dauern und für deren Teilnahme ein bloßes Unterrichtsgeld von 240 *M* sowie bei Abschluß eine Examensgebühr von 10 *M* zu entrichten ist. Bei Gewährung von Wohnung und Verpflegung in der Anstalt müssen einschließlich Unterrichtsgeld 650 *M* (III. K.) oder 930 *M* (II. Kl.) bezahlt werden. Im übrigen gelten für die Beteiligung die besonderen Vorschriften der Landesverwaltung. Die Schülerinnen werden, nach Auskunft des Direktors der Frauenklinik, zu allen im Gebiet ihres späteren Berufes liegenden Dienstverrichtungen herangezogen. Sie helfen — nach vorheriger Bestimmung der Oberhebamme — praktisch auf dem Kreißsaal, tun den Assistenzärzten bei operativen Eingriffen und künstlichen Geburten Handreichungen, übernehmen unter Aufsicht die Pflege und Wartung von Wöchnerinnen und Neugeborenen; andere Dienstleistungen, namentlich sogenannte Hausarbeiten, werden dagegen von ihnen nicht beansprucht, auch werden sie hierzu bei der Aufnahme nicht verpflichtet. Die Arbeitsleistung ist ferner nicht an bestimmte Stunden gebunden, auch kommen die Schülerinnen zu dem Unterricht, wenn sie sonst keine Abhaltung haben, regelmäßig. Da Zweifel bestehen, ob es sich bei den Teilnehmerinnen um Schülerinnen oder um versicherungspflichtige Lehrlinge handelt, bitte ich um Auskunft hierüber. Bisher wurden die Hebammenschülerinnen hier nicht zur Anmeldung gebracht, weil sie von der Kliniksverwaltung nicht als versicherungspflichtig angesehen und in Krankheitsfällen in den Poli- und anderen Kliniken kostenlos behandelt wurden.

Antwort: Entsprechend der Aufgabe der Universität überhaupt, ist auch das in Frage stehende Universitätsinstitut eine dem Unterricht gewidmete Anstalt, ein Schulbetrieb, in welchem außer den Studierenden der ärztlichen Wissenschaft auch Schülerinnen für einen mit dieser Wissenschaft zusammenhängenden Beruf ausgebildet werden. Zu diesem Zwecke haben sie — gleich jenen Studierenden, wenn auch nicht in derselben Art und in demselben Umfange — gewisse Verrichtungen auszuüben, die mittelbar auch dem Institutsbetriebe zustatten kommen, aber man kann nicht sagen, daß sie einen Arbeitsposten in diesem Betrieb ausfüllen. Deshalb meinen wir, daß sie als Lehrlinge nicht angesehen werden können (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 8 zu § 165 RVO.).

Ersuchen der Heeresverwaltung an eine von ihr errichtete Betriebskrankenkasse um Mitteilungen (§§ 116, 141 RVO.).

6. Nach X. Antwort: Wir bemerken zunächst, daß eine Verpflichtung der Kasse, dem Ersuchen der Heeresverwaltung zu entsprechen, keinesfalls besteht und insbesondere nicht aus § 116 RVO. hergeleitet werden könnte, weil diese Vorschrift sich nur auf Rechtshilfe im Vollzuge der RVO. bezieht und solche Rechtshilfe nicht in Frage steht, wenn die Militärbehörde für ihre Zwecke eine Auskunft wünscht. Es handelt sich also nur darum, ob die Kasse befugt ist, die Auskunft zu erteilen. Der § 141 RVO. verbietet den dort Bezeichneten die unbefugte Mitteilung über „Krankheiten oder andere Gebrechen Versicherter" schlechthin. Das Verbot beschränkt sich also keineswegs auf solche Krankheiten, die schon ihrer Natur nach die Geheimhaltung fordern, wie namentlich die Geschlechtskrankheiten. Als unbefugt ist aber eine Mitteilung dann nicht anzusehen, wenn dem Interesse des Versicherten an der Geheimhaltung ein überwiegendes Interesse der Allgemeinheit an der Mitteilung gegenübersteht. So kann die Sache besonders auch bei einem Ersuchen der Militärverwaltung liegen. Wir verweisen hierüber auf die näheren Ausführungen in ArbVers. 1916 S. 784. — Daß im vorliegenden Falle das Ersuchen an eine Betriebskrankenkasse der Heeresverwaltung gerichtet ist und daß der Leiter der ersuchenden Stelle zugleich der Arbeitgeber und der militärische Vorgesetzte des

Vorsitzenden der Betriebskrankenkasse ist, bedingt keine andere Beurteilung der erörterten Frage. Denn das Ersuchen kann sich nur an die gesetzliche Vertretung der Kasse richten, also an den Vorstand als körperschaftliches Organ, nicht an den Vorsitzenden persönlich. Der Vorstand der Kasse aber als solcher untersteht nicht der militärischen Befehlsgewalt.

a) Weiterversicherung durch Einzahlung der Beiträge bei der Zahlstelle (§ 313 Abs. 2 RVO.). b) § 397 Abs. 1 RVO. gilt nicht für Versicherungsberechtigte.

7. Nach B. Antwort: a) Da die Satzung in zweifelsfreier Weise die Guts- und Gemeindevorstände als Zahlstellen für die Beiträge bestimmt, ohne einen Unterschied zwischen den Beiträgen für Versicherungspflichtige und den Beiträgen der Versicherungsberechtigten zu machen, muß die Kasse auch die zum Zwecke der Weiterversicherung gezahlten Beiträge als in dem Zeitpunkt gezahlt anerkennen, in welchem sie bei jenen Stellen eingegangen sind. Die im § 313 Abs 2 RVO. bezeichnete Frist von drei Wochen ist also durch den Eingang des Beitrags bei der Zahlstelle gewahrt.

b) Der § 397 Abs. 1 RVO., wonach die Beiträge bis zur „vorschriftsmäßigen" Abmeldung fortzuzahlen sind, läßt durch diese Fassung deutlich erkennen, daß er sich nur auf solche Fälle beziehen kann, in denen eine Abmeldung „vorgeschrieben" ist. Das trifft nicht zu auf Versicherungsberechtigte; für sie gilt also § 397 Abs. 1 nicht. Gewiß kann hiernach eine Kasse Schaden erleiden, wenn sie einem bisher freiwillig Versicherten, der durch Übergang zu einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Mitglied einer anderen Kasse geworden ist, noch weiter Leistungen gewährt. Diese Erwägung kann aber an der Auslegung des Gesetzes, wie es nun einmal gegeben ist, nichts ändern. Über die Frage, wie etwa die Kassen sich vor solcher Benachteiligung schützen können, zu vgl. Hahn, Handb. Anm. 1 b zu § 317 RVO. und die dort angeführten Stellen: ArbVers. 1906 S. 690 und 1911 S. 335 Ziff. 11).

Keine Versagung der Wochenhilfe wegen strafbaren Verhaltens der Versicherten.

8. Nach R. Antwort: Die RVO. kennt schuldhaftes Verhalten als Grund für die Versagung von Kassenleistungen nur beim Krankengelde nach Maßgabe des § 192, nicht auch bei der Wochenhilfe. Die Wöchnerin hat daher Anspruch auf die gesetzlichen und satzungsmäßigen Leistungen nach §§ 195, 198—200 auch dann, wenn Schwangerschaft und Entbindung auf strafbaren geschlechtlichen Verkehr zurückzuführen sind.

Kosten der Fahrten zum und vom Krankenhaus.

9. Kassenführer H. Antwort: In dieser Allgemeinheit läßt sich die Frage, ob die Krankenkasse die Kosten für die Fahrten nach und von den Krankenhäusern übernehmen muß, nicht beantworten. Die Kasse ist dazu verpflichtet, soweit durch die Fahrt erst die Krankenpflege ermöglicht wird, die von der Kasse gewährt werden muß. Das trifft dann zu, wenn sie die Krankenhauspflege angeordnet oder genehmigt hat. Dann fallen ihr die Kosten für die Beförderung ins Krankenhaus zur Last. Hat diese ohne ihre Einwilligung stattgefunden, so ist die Kasse regelmäßig zur Erstattung nicht verpflichtet, da sie auch niemals verpflichtet ist, Krankenhauspflege zu gewähren. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 4 c zu § 182; Anm. 3 a zu § 184 RVersA. in ArbVers. 1916, 564; 1917, 467.) War aber in einem dringenden Falle die nötige ärztliche Hilfe nur in einem Krankenhause zu beschaffen, weil z. B. ein Arzt nicht zur Stelle war, so würden die Kosten der Beförderung als Teil der Kosten der Krankenpflege der Kasse zur Last fallen. Soweit die Krankenhauspflege vom Armenverband gewährt ist, ist der Umfang der Erstattungspflicht gesetzlich bestimmt (§ 1531 ff. RVO., insbesondere § 1533 Ziff. 2 in Verbindung mit 1503). In den Fällen, in denen hiernach entweder die Kasse die gesamten Kosten der Krankenhauspflege zu tragen hat oder in denen die Fahrt ins Krankenhaus zur Erlangung ärztlicher Hilfe erforderlich war, muß die Kasse auch die Kosten der Rückfahrt tragen (zu vgl. ArbVers. 1896 S. 369 Ziff. 8 und Entsch. des bad. VGH. in ArbVers. 1901 S. 99).

Vereinigung einer Landkrankenkasse mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse.

10. Nach L. Antwort: Wenn für den ganzen Kreis, einschließlich der Stadt L. nur ein Versicherungsamt besteht, ist § 264 Abs. 2 RVO. nicht anwendbar. Denn diese Vorschrift setzt, wie sich aus dem Zusammenhange mit Abs. 1 und aus dem Gegensatz des ganzen § 264 zum § 265 ergibt, voraus, daß die mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu vereinigende Landkrankenkasse für den ganzen Bezirk des Versicherungsamts errichtet ist. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn die für die Stadt L. errichtete Allgemeine Ortskrankenkasse auch die Landkrankenkassenpflichtigen mit umfaßt. Denn dann ist die Landkrankenkasse eben nicht für den ganzen Bezirk des Versicherungsamts, sondern nur für den Landkreis, also nur für einen Teil des Bezirks errichtet.

Erstattungsstreit zwischen Kasse und Lieferungsverband.

11. Nach P. Antwort: Der Erstattungsanspruch der Kasse gründet sich auf § 14 der Bek. v. 23. 4. 15. Worauf der Lieferungsverband die Ablehnung des Anspruchs gründet, ist aus der Anfrage nicht ersichtlich. Hinsichtlich des Verfahrens bei Streit über den Erstattungsanspruch zwischen der Kasse und dem Lieferungsverbande fehlt es an einer Vorschrift. Jedenfalls kann die Kasse sich zunächst an die dem Lieferungsverbande vorgesetzte Aufsichtsbehörde wenden, d. i., da es sich um einen preußischen Stadtmagistrat handelt, der Regierungspräsident. Das Reichsamt des Innern hat sich sogar dahin ausgesprochen, daß nur diese Aufsichtsbeschwerde stattfinde (zu vgl. „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 471 Anm.). Wir nehmen aber, beim Mangel einer entgegenstehenden Vorschrift, auf Grund des § 13 GerVerfGes. an, daß die Kasse auch im ordentlichen Rechtswege auf Erstattung klagen kann (ebenso Krause, Kriegswochenhilfe II Anm. 5 zu § 14) und empfehlen, diesen Weg zu beschreiten, wenn die Aufsichtsbeschwerde nicht zum Ziele führen sollte. Daß der Anspruch im öffentlichen Rechte wurzelt, steht, im Hinblick auf seine rein vermögensrechtliche Natur, seiner Geltendmachung vor den bürgerlichen Gerichten nicht entgegen (Entsch. des Reichsger. in Zivils. 57 S. 350).

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von F. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Kroschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1222 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. | 1. Oktober 1918. | Heft 28

Die Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung.

Von Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

Als erste der gesetzgeberischen Maßnahmen, welche, den Wünschen weiter Kreise der Beteiligten entsprechend, die in den sozialen Versicherungsgesetzen festgelegten Höchstgrenzen an Jahresarbeitsverdienst dem gesunkenen Geldwert und der bestehenden Verteuerung aller Lebensbedürfnisse anzugleichen versuchen sollen, hat der Bundesrat laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. August 1918 (RGBl. S. 1085, ArbVers. unten S. 552) eine Verordnung betreffend Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung erlassen. Dies ist auf Grund des sogenannten Ermächtigungsgesetzes geschehen. Wie eine soeben durch die Tagespresse verbreitete Notiz mitteilt, wird dem Reichstag im Herbst ein Regierungsentwurf zugehen, der die Einfügung der Zuschläge zu den Invalidenrenten in die RVO. zur Aufgabe hat. Es ist anzunehmen, daß mit den dann nötigen einschneidenden Änderungen der Gesetzgebung auch die Erhöhung der Höchstgrenzen des Entgelts in den drei Zweigen der Arbeiterversicherung zur Beschlußfassung kommen wird. Es scheint nicht unzweckmäßig, wenn bei dem tiefer greifenden Charakter, der den hier zu treffenden Maßnahmen zukommt, es sei z. B. nur an die Arztfrage in der Krankenversicherung erinnert, der Weg des Ermächtigungsgesetzes verlassen und der Reichstag selbst stärker herangezogen wird. Es ist Anschauungssache, ob es nicht zweckmäßiger gewesen wäre, dann auch den Gegenstand der vorliegenden Verordnung schon im Interesse einer Gleichzeitigkeit der ergehenden, in ihrem Endzweck sich doch berührenden Bestimmungen im Wege des Gesetzes regeln zu lassen. Nachdem dies nicht geschehen, steht zu hoffen, daß die gegen den Inhalt der Bekanntmachung etwa zu machenden Einwendungen dazu beitragen, auf den übrigen Gebieten der Arbeiterversicherung die getroffene Regelung nicht gleichfalls zu wiederholen.

Die Verordnung erstreckt die in § 1 Abs. 2 AngestVersGes. festgesetzte Höchstgrenze des Jahresarbeitsverdienstes, innerhalb deren Versicherungspflicht gegeben ist, von 5000 M auf 7000 M. Es ist aber keine allgemeine Regelung, die hier getroffen wird. Nicht für die Gesamtheit der Angestellten erfolgt die Ausdehnung, es werden von ihr nur zwei Gruppen von Angestellten getroffen, nämlich:

a) Angestellte, die zur Zeit des Erlasses der Verordnung nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtig sind und nach diesem Zeitpunkte aus der Versicherungspflicht ausscheiden wür-

den, weil ihr Jahresarbeitsverdienst sich auf über 5000 *M* erhöht, und

b) Angestellte, die nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtig waren und nach Ausbruch des gegenwärtigen Krieges, d. i. nach dem 2. August 1914, aus der Versicherungspflicht wegen Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes auf über 5000 *M* ausgeschieden sind.

Die Verordnung umfaßt also nicht diejenigen Personen, welche schon vor dem Kriege zwischen 5000 *M* und 7000 *M* verdient haben, oder welche zwar anfänglich ein unter der versicherungspflichtigen Höchstgrenze bleibendes Entgelt erzielten, aber vor Kriegsausbruch wegen Überschreitens der Höchstgrenze aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind; sie gilt ferner nicht für Angestellte, welche nach Kriegsausbruch aus einem anderen Grunde als wegen Überschreitens der Gehaltsgrenze, z. B. weil sie sich selbständig gemacht oder einen anderen, nicht unter das AngestVersGes. fallenden Beruf ergriffen haben, aus der Versicherungspflicht ausscheiden. Anderseits ist die Verordnung nicht nur auf Angestellte beschränkt, welche bereits vor dem Kriege der Angestelltenversicherung angehört haben; sie gilt vielmehr auch für solche, die erst während des Krieges versicherungspflichtig geworden sind und später erst wegen Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes ausgeschieden sind oder ausscheiden würden. Die Verordnung erstreckt sich ferner auch nicht auf Personen, welche vor dem Kriege über 7000 *M* bezogen, infolge der kriegerischen Verhältnisse auf weniger als 7000 *M*, aber auf mehr als 5000 *M* herabgesetzt worden sind. Diese Einschränkung dürfte wohl auf Widerspruch stoßen. Sieht man den Zweck der Ausdehnung der Versicherungspflicht darin, die Kreise, welche angesichts der gesunkenen Kaufkraft des Geldes der Wohltaten der Versicherung bedürfen, ihr auch zu unterwerfen, und ist man namentlich nicht der Anschauung, daß eine wesentliche Abminderung der gestiegenen Preise nach Kriegsende eintreten werde, so wird man sich schon jetzt für eine allgemeine Erhöhung der versicherungspflichtigen Höchstgrenze aussprechen. Glaubt man allerdings, daß die Entwicklung in dieser Richtung wieder erheblich zurückgehen werde, und will man nur diejenigen Kreise, welche durch ihre bisherige Zugehörigkeit zur Versicherung die Notwendigkeit eines Anspruchs auf ihre Leistungen erwiesen, in der Versicherung erhalten und sie so vor Schädigungen bewahren, wie sie ihnen drohen, falls sie bei Überschreiten der Gehaltsgrenze die freiwillige Weiterführung ihrer Versicherung früher oder später unterlassen und nun bei einer durch die etwaige Herabsetzung der Gehälter erfolgenden Wiedereinbeziehung in die Versicherungspflicht eine verlängerte Wartezeit zurückzulegen oder gar die Anwartschaft verloren haben, — so wird man die regierungsseitig getroffene Regelung billigen. Daß sie, wie jede derartige Maßnahme, angesichts der wohl nicht geringen Grenzfälle, Härten zeitigen wird, muß eben dann hingenommen werden. Solche Härten treten z. B. schon darin zutage, daß es der Grundgedanke der Verordnung ist, die Angestellten zu schützen, welche wegen einer infolge des Krieges und der damit zusammenhängenden Teuerung eine Mehrung ihres Jahresarbeitsverdienstes über 5000 *M* erfahren, daß sie aber wohl infolge der Schwierigkeit des Beweises und um zahlreiche Streitigkeiten zu vermeiden, diese Unterscheidung nicht macht, also auch Angestellte umfaßt, deren Gehalt auch in Friedenszeiten, z. B. wegen Aufrückens in eine höhere Gehaltsstufe, über 5000 *M* steigen würde. Diese Härten werden aber um so schwerer empfunden werden, als die Bekanntmachung den von ihr betroffenen Angestellten teilweise außerordentlich weitgehende Vergünstigungen, z. B. hinsichtlich der freiwilligen nachträglichen Beitragsentrichtung, gewährt, deren Berechtigung nicht ganz zu verstehen ist. Denn die Unterlassung der Ausübung des Rechts auf freiwillige Weiterversicherung

wird zumeist ihren Grund nicht in dem Überschreiten der Gehaltsgrenze, sondern in einem auf nicht genügender Schätzung des Wertes der Leistungen der Versicherung liegenden freien Willen des Versicherten haben. Hier trifft dann die nicht unter die Bekanntmachung fallenden Angestellten der Ausschluß von der ihren Kollegen eingeräumten Begünstigung doppelt schwer, da gleiches Verschulden scheinbar mit zweierlei Maß gemessen wird.

Die Verordnung selbst bestimmt nun, daß die erste Gruppe der Angestellten, auf welche sie sich erstreckt, die zur Zeit ihres Erlasses noch versicherungspflichtigen Angestellten dies auch weiter bleiben, wenn sie wegen Überschreitens der bisherigen Höchstgrenze an



Jahresarbeitsverdienst aus der Versicherung ausscheiden würden, sofern nur ihr Jahresarbeitsverdienst 7000 *M* nicht übersteigt. Für ihre Versicherung ist, solange sich ihr Jahresarbeitsverdienst zwischen 5000 und 7000 *M* bewegt, die Gehaltsklasse J maßgebend, d. h. es sind Monatsbeiträge in Höhe von 26,60 *M* zu entrichten. Man hat also von dem Anfügen zweier weiterer Gehalts- und Beitragsstufen an die bisherigen Gehaltsklassen und Beitragsstufen abgesehen, was im Hinblick auf die nicht allgemein erfolgende Ausdehnung der Versicherungspflicht und den regierungsseitig ja nur vorübergehend gedachten Charakter der ganzen Maßnahme ohne weiteres verständlich ist.

Größere Schwierigkeiten bot die zweite Gruppe der Angestellten, diejenigen, welche nach Ausbruch des gegen-

wärtigen Krieges die Höchstgrenze von 5000 *M* erreicht haben, also zur Zeit des Erlasses der Verordnung bereits aus der Versicherungspflicht ausgeschieden waren. Auf sie wird die Versicherungspflicht nunmehr nachträglich wieder erstreckt, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst 7000 *M* nicht übersteigt. Diese nachträgliche Erstreckung erhält jedoch keine rückwirkende Kraft. Die Versicherungspflicht beginnt für sie vielmehr erst wieder mit dem Anfang des Monats, der auf die Verkündung der Verordnung folgt; da das die Verordnung enthaltende Reichsgesetzbl. Nr. 115 vom 29. August 1918 zu Berlin ausgegeben wurde, werden also die hier in Frage kommenden Angestellten ab 1. September 1918 wieder versicherungspflichtig. In der Zeit zwischen dem 1. und 15. Oktober 1918 sind daher von ihren Arbeitgebern wieder zum erstenmal Beiträge für sie an die Reichsversicherungsanstalt abzuführen; hierbei sind in sinngemäßer Anwendung des § 181 Abs. 2 AngestVersGes. über die fälligen Beiträge Übersichten einzureichen. Als Beiträge selbst kommen auch hier die Beitragsteile der Gehaltsklasse J mit 26,60 *M* im Monat in Betracht.

Für die von dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bis zum 1. September 1918 verflossenen Beitragsmonate sind von seiten der Arbeitgeber keine Beiträge nachzuentrichten. Dies würde für manche Angestellte eine Verschlechterung ihrer Lage bedeuten, namentlich für solche Angestellte, welche im Augenblick des Ausscheidens noch keine sechs Beitragsmonate zurückgelegt hatten und daher nicht zur freiwilligen Weiterversicherung nach § 15 AngestVersGes. berechtigt waren. Dasselbe trifft bei denjenigen Angestellten zu, deren Anwartschaft erloschen war, weil sie nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nach dem Kalenderjahre, in welchem der erste Beitragsmonat zurückgelegt worden ist, innerhalb der nächsten Kalenderjahre nicht mindestens acht Beitragsmonate zurückgelegt hatten, obwohl hier die Schädigung insofern geringer ist, als diesen Angestellten durch § 1 der Bekanntmachung vom 28. März 1918 über Verlängerung von Fristen in der Angestelltenversicherung (RGBl. S. 167; ArbVers. S. 231) schon eine weitgehende Sicherung gegeben war.

Hier setzt nun § 3 der Verordnung ein. Er bestimmt zunächst (Abs. 1), daß die Zwischenzeit, die zwischen der früheren und der neuen Versicherungspflicht liegt, soweit sie in vollen Kalendermonaten besteht, als Beitragszeit nach §§ 15, 49 AngestVersGes. angerechnet, d. h. bei Berechnung der sechs Beitragsmonate, die für die freiwillige Versicherung erforderlich sind, und bei der Feststellung, ob die Anwartschaft erloschen ist, berücksichtigt wird. Das Recht auf freiwillige Weiterversicherung wird den Angestellten also ermöglicht, wie ihnen ebenso auch die Anwartschaft erhalten wird. Durch die bedingungslose Anwendbarkeit des § 15 AngestVersGes. zählen diese Kalendermonate auch für die Zurücklegung der 120 Beitragsmonate, nach deren Erfüllung die Aufrechterhaltung der Anwartschaft durch Zahlung der Anerkennungsgebühr von 3 *M* jährlich möglich ist.

Da aber die Beitragsmonate der §§ 15 und 49 AngestVersGes. nur dann für Erfüllung der Wartezeit und die Berechnung der Versicherungsleistungen in Betracht kommen, wenn auch tatsächlich Beiträge entrichtet sind, so wären die hier in Betracht kommenden Angestellten immerhin durch die nicht rückwirkend erfolgte Ausdehnung der Versicherungspflicht und die daher seitens ihrer Arbeitgeber nicht zu erfüllende Beitragsleistung benachteiligt. Die Verordnung (§ 3 Abs. 2) gestattet daher allen Angestellten, für welche sie Geltung hat, von dem Rechte der freiwilligen Weiterversicherung für die zurückliegende Zeit, während welcher sie nicht versicherungspflichtig waren, Gebrauch zu machen. Ja, sie geht noch weiter und erklärt sowohl die Beiträge, welche von Angestellten entrichtet sind, die sich im Bewußtsein des Wertes der Versicherung bereits bei ihrem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht weiterversichert hatten oder, da

damals durch § 15 AngestVersGes. verhindert, dies jetzt nachholen, als auch diejenigen, welche trotz der früher bestandenen Möglichkeit der freiwilligen Versicherung erst jetzt betätigt werden, als Pflichtbeiträge im Sinne des § 48 AngestVersGes. Diese Beiträge verkürzen also, falls sie mit früheren Beiträgen die Zahl 60 erreichen, die Wartezeit auf Ruhegeld bei männlichen Angestellten auf 90, diejenige auf Hinterbliebenenrenten bei männlichen und weiblichen Angestellten auf 120 Beitragsmonate und werden nach § 55 AngestVersGes. bei der Berechnung der Versicherungsleistungen mit berücksichtigt. Nur im Falle des § 398 AngestVersGes. gelten sie nicht als Pflichtbeiträge, sondern als das, was sie ihrer wahren Natur nach sind, als freiwillige Beiträge, werden also zu drei Vierteln zurückerstattet.

Die freiwillige Versicherung des § 3 Abs. 2 der Verordnung ist mit der Wirkung der Anrechnung der Beiträge als Pflichtbeiträge nur in der Gehaltsklasse des letzten Pflichtbeitrags vor dem Ausscheiden aus der Versicherung zulässig. Sie umfaßt, da der August 1914 angesichts des am 2. August 1914 erst ausgebrochenen Krieges unter Umständen noch als Pflichtbeitragsmonat gilt (vgl. auch Ziff. 4 des Rundschreibens des Direktoriums der RVAnst. f. Angest. vom 10. September 1915, „Angestelltenversicherung“ 1915 S. 169; ArbVers. 1915 S. 741), frühestens den Monat September 1914 und erstreckt sich bis zum August 1918 einschließlich. Angestellte, welche während des Monats bei mehreren Arbeitgebern beschäftigt werden oder deren Beschäftigung nicht den ganzen Monat hindurch stattfindet, deren Beiträge also gemäß § 177 AngestVersGes. 8 Prozent des von jedem Arbeitgeber gezahlten Entgelts betragen, können sich nur in der Gehaltsklasse weiterversichern, welche dem letzten Pflichtbeitrag vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht im Falle der Beschäftigung bei nur einem Arbeitgeber entspricht.

Freiwillige Versicherung in einer niederen Gehaltsklasse mit Wirkung der Anrechnung der Beiträge als Pflichtbeiträge ist nicht zugelassen. Es dürfte dies darin seinen Grund haben, daß eine so weitgehende Vergünstigung eine nach dem Aufbau der Anwartschaften und der Rentenberechnung versicherungstechnisch nicht zu rechtfertigende Mehrbelastung der Versicherungseinrichtung als solcher nach sich ziehen würde. Die in den ersten 120 Beitragsmonaten gezahlten Beiträge decken bekanntlich die in dieser Zeit erworbenen Ansprüche nicht, vielmehr ist es Aufgabe der später gezahlten Beiträge, diesen Fehlbetrag aus der ersten Zeit zu tilgen. Daher bestimmt auch § 55 Angest.VersGes., daß das Ruhegeld ein Viertel der Beiträge der ersten 120 Monate und ein Achtel der übrigen Beiträge beträgt. Es wäre daher nicht zu rechtfertigen gewesen, es dem Belieben des Angestellten zu überlassen, durch niedrigere Beiträge den Anspruch auf Leistungen zu erhalten.

Die Nachzahlung der Beiträge kann, nachdem eine besondere Bestimmung nicht getroffen ist, nach der Bekanntmachung vom 28. März 1918 (RGBl. S. 167) noch bis zum Ablauf des Kalenderjahres erfolgen, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist, muß also keinesfalls bereits jetzt betätigt werden.

Die Verordnung geht aber in der den einschlägigen Angestellten eingeräumten Vergünstigung noch weiter. Sie bestimmt in § 4, daß Angestellte, welche entweder nach Erlaß der Verordnung aus der Versicherungspflicht ausscheiden werden, weil sie mehr als 5000 *M* Jahresarbeitsverdienst erzielen, oder bereits vorher, aber nach Kriegsausbruch hierwegen ausgeschieden sind, sich in der Gehaltsklasse des letzten Pflichtbeitrags vor dem Ausscheiden aus der Versicherung und im Falle des § 177 Angest.VersGes. in derjenigen Gehaltsklasse, welche diesem Pflichtbeitrag entspricht, weiterversichern können, wenn sich ihr Jahresarbeitsverdienst auf über 7000 *M* erhöht oder erhöht hat, wobei auch ihnen die so freiwillig entrichteten Beiträge als Pflichtbeiträge im

Sinne des § 48 AngestVersGes. angerechnet werden. Dabei ist es gleichgültig, ob sofort eine so weitgehende Erhöhung stattfindet oder das Ausscheiden z. B. erfolgt, nachdem der Angestellte zunächst noch auf Grund der Verordnung versicherungspflichtig war. Diese Vergünstigung dürfte wohl als eine Art Ausgleich dafür aufzufassen sein, daß den Bestrebungen auf eine Erhöhung der versicherungspflichtigen Höchstgrenze auf über 7000 ℳ hinaus durch die Verordnung nicht stattgegeben wurde.

Die Verordnung selbst, die mit dem Tag ihrer Verkündung, d. i. dem 29. August 1918, in Kraft trat, gilt zunächst auf unbestimmte Zeit. Es ist dem Reichskanzler überlassen, den Zeitpunkt ihrer Aufhebung zu bestimmen (§ 5). Wie bei mancher Anordnung während der Kriegszeit wird die Aufhebung wohl auch bei dieser Bekanntmachung darin bestehen, daß ihr wesentlicher Inhalt in das zu erwartende, im Wege der ordentlichen Gesetzgebung zu erlassende Gesetz übergehen wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 7 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Juli 1918.)

I. Unfallversicherung.

Der für alle Gebiete der Reichsversicherung geltende Grundsatz, daß Personen, die infolge öffentlich-rechtlicher Beschränkungen am freien wirtschaftlichen Austausch von Arbeit und Lohn nicht teilnehmen können, des Schutzes dieser Versicherung nicht teilhaft sind, bedingt auch die Versicherungsfreiheit der russisch-polnischen, während des Krieges in Deutschland zurückgehaltenen Arbeiter (Großer Senat, 2994 S. 401).

Der Aufenthalt eines Ausländers im Ausland wird nicht schon dadurch unfreiwillig (§ 615 Abs. 1 Ziff. 3 RVO.), daß sein Gesundheitszustand die Fortsetzung dieses Aufenthalts zwingend erfordert (2995 S. 403).

Die Bundesratsverordnung über die Geltendmachung von Ansprüchen von Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz haben (Bek. vom 7. August 1914, RGBl. S. 360), gilt nicht für ein Verfahren, in welchem ein Versicherungsträger die Ermäßigung oder völlige Entziehung einer Unfallrente gegen einen im Ausland wohnenden Rentenberechtigten verfolgt (2996 S. 404).

Der Anspruch eines unehelichen Kindes auf Hinterbliebenenrente wegen tötlichen Unfalls der Mutter (§ 591 Abs. 3 RVO.) ist unabhängig von der Bedürftigkeit und wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß der natürliche Vater dem Kinde nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat (2997 S. 405).

Der Entgelt für die Beschäftigung von Kriegsgefangenen ist bei der Beitragsberechnung ebenso zu behandeln wie der Entgelt für freie Arbeiter (Bescheid 2998 S. 406).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Der Grundsatz, daß Kriegsteilnehmern, die sich nach § 313 RVO. weiterversichert haben, ein Anspruch auf Erhöhung des Krankengeldes auf den 1½fachen Betrag für die Zeit der von der Heeresverwaltung gewährten Krankenpflege nicht zusteht, auch wenn die Satzung eine dem § 193 Abs. 3 entsprechende Bestimmung enthält (Rev.-Entsch. 2042, Amtl. Nachr. 1915 S. 573), ist aufrechterhalten (Großer Senat, 2466 S. 417).

Die §§ 219, 222 RVO. sind auch anwendbar, wenn der Berechtigte erst nach der Erkrankung seinen Wohnort in dem fremden Kassenbezirke genommen hat (2467 S. 419).

Der Pauschsatz des § 222 Satz 2 RVO. gilt nicht bei Krankenpflege für versicherungsfreie Familienangehörige Versicherter. In solchen Fällen sind die tatsächlich erwachsenen Kosten zu erstatten (2468 S. 420).

Die Instanzen der Krankenversicherung sind bei der Entscheidung über Ansprüche Verletzter gegen die Gemeinde auf Krankenhilfe nach § 942 mit § 182 RVO. hinsichtlich der Frage, ob ein Betriebsunfall vorliegt und ob der Verletzte zur Zeit des Unfalls „Arbeiter" war, nicht an die Entscheidungen der Instanzen der Unfallversicherung gebunden (2469 S. 421).

Wenn der Waisenrentenantrag für die Waise eines gefallenen Kriegsteilnehmers wegen Verzögerung der

Feststellung seines Todes erst nach dem Tode der Waise gestellt ist, so ist er dennoch nach § 3 der Bek. vom 12. Mai 1916 (RGBl. S. 371, ArbVers. 1916 S. 375) rechtswirksam (2470 S. 422).

Der Grundsatz der Entsch. 2425 (Amtl. Nachr. 1918 S. 190) wird bestätigt. Liegen die Voraussetzungen des § 1 der Bek. vom 23. Dezember 1915 über Anrechnung von Militärdienstzeiten und Erhaltung von Anwartschaften (RGBl. S. 845, Arb.-Vers. 1916 S. 39) vor, so ist die Kriegsdienstzeit in vollem Umfang anzurechnen (2471 S. 423).

Träger des Anspruchs auf Familienhilfe sind die Versicherten selbst, nicht seine Angehörigen. — Gegenüber dem Ersatzanspruch eines Armenverbandes, der Familienangehörigen eines Versicherten Krankenpflege durch einen anderen Arzt als den Kassenarzt gewährt hat, kann nicht eingewendet werden, daß ein dringender Fall im Sinne des § 368 RVO. nicht vorgelegen habe. — Auf den Ersatzanspruch wegen der einem Angehörigen gewährten Unterstützung ist nicht § 1503 Abs. 1 RVO. anzuwenden, sondern es sind dem Armenverbande die Aufwendungen für die Krankenpflege jedenfalls dann in voller Höhe zu erstatten, wenn sie die Kosten nicht übersteigen, die der Kasse selbst bei Gewährung der Krankenpflege entstanden wären (2472 S. 424).

Bei Streit über einen Ersatzanspruch ist, wenn über den Hauptanspruch kein Streit bestanden hat, das Versicherungsamt zuständig, das zu entscheiden gehabt hätte, wenn der Hauptanspruch zur Zeit seiner Entstehung erhoben worden wäre (Entsch. 2171 Amtl. Nachr. 1916 S. 390). Bei Prüfung der Frage, wann der Hauptanspruch entstanden ist, ist nur der auf den gleichen Zeitraum wie der erhobene Ersatzanspruch entfallende Teil des Hauptanspruchs zu berücksichtigen (2473 S. 426).

B. Allgemeines.

Festsetzung der Ortslöhne.

Erlaß der **preuß. Minister für Handel** usw. und **für Landwirtschaft** usw. vom 2. August 1918 (HMBl. S. 237).

Von der allgemeinen Neufestsetzung der Ortslöhne gemäß § 151 Abs. 1 Satz 1 RVO. unterscheiden sich die Zwischenfestsetzungen (§ 151 Abs. 1 Satz 2) grundsätzlich nicht durch ihren räumlichen Geltungsbereich, sondern nur durch ihre Geltungsdauer. Wie bereits in dem Erlasse vom 17. August v. J. — III. M. f. H. — I A. I a. 12043 M. f. L. — ausgesprochen ist, schließt die Bekanntmachung vom 3. Juli 1916 (RGBl. S. 658) Zwischenfestsetzungen nicht aus. Alle während der Geltung dieser Bekanntmachung von den Oberversicherungsämtern vorgenommenen Ortslohnfestsetzungen stellen sich als Zwischenfestsetzungen dar. Diese können sich auch auf den ganzen Bezirk des Oberversicherungsamts erstrecken, wenn allenthalben ein dringendes Bedürfnis nach einer alsbaldigen Neuregelung der Ortslöhne hervorgetreten ist. Gleichmäßige Zuschläge zu den jetzigen Ortslöhnen können indes nicht in Frage kommen, da die Sätze den örtlichen Lohnverhältnissen, die nicht überall gleich sein werden, angepaßt werden müssen.

A n m e r k u n g: Die im vorstehenden Erlaß erwähnte Bek. vom 3. Juli 1916 ist in ArbVers. 1916 S. 497 abgedruckt. Sie schiebt nur die nach § 151 RVO. gebotene a l l g e m e i n e Neufestsetzung der Ortslöhne bis zum Schlusse des Kalenderjahres hinaus, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist. Änderungen in der Zwischenzeit, auf deren Zulässigkeit der Erlaß hinweist, gelten nach § 151 Abs. 1 Satz 2 RVO. nur bis zur nächsten allgemeinen Festsetzung. Ein im Kaiserl. Statistischen Amte zusammengestellter, am 27. Juni 1918 abgeschlossener Nachweis solcher Änderungen ist im Zentralbl. für das Deutsche Reich vom 12. Juli 1918 (Nr. 23 S. 221) veröffentlicht.

Versicherungsfreiheit der russisch-polnischen, während des Krieges in Deutschland zurückgehaltenen Arbeiter.

Rek.-Entsch. des **Reichversicherungsamts**, G r o ß e n S e n a t s, vom 27. April 1918 (2994, Amtl. Nachr. 1918 S. 401).

Der mit der Sache zunächst befaßte Rekurssenat war geneigt, den Kläger als versichert anzusehen, und demgemäß seinem Rekurse stattzugeben. Er hätte sich damit aber in Widerspruch gesetzt mit einer Entscheidung des Achten Rekurssenats vom 5. Oktober 1916 (I a. 769/16), in der übereinstimmend mit mehrfachen Entscheidungen des Beschlußsenats der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (zu vgl. Entsch. 2189, 2198 und Bescheid 2012, Amtl. Nachr. 1916 S. 443, 489 und 1915 S. 460) die russisch-polnischen Zeitarbeiter als unfrei und demgemäß der öffentlichen Arbeiterversicherung nicht unterliegend bezeichnet worden sind. Deshalb ist die Sache an den Großen Senat verwiesen worden. Dieser hat die V e r s i c h e r u n g s p f l i c h t v e r n e i n t und den Rekurs zurückgewiesen. — **G r ü n d e:**

Als Personen, die der öffentlichen Versicherungspflicht unterliegen, sind auf allen Gebieten der Reichsversicherung nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts nur freie Personen anzusehen. Dagegen werden Personen, die infolge öffentlich-rechtlicher Beschränkungen am freien wirtschaftlichen Austausch von Arbeit und Lohn nicht teilnehmen können, des Schutzes dieser Versicherung nicht

teilhaftig. Von diesem Grundsatz ausgehend, sind in der früheren Rechtsprechung Strafgefangene und die in öffentlichen Arbeits- oder Besserungshäusern oder in ähnlichen Anstalten untergebrachten Personen als von den Vorschriften der Reichsversicherung nicht erfaßt erachtet worden. An dieser Rechtsprechung war festzuhalten. Die jetzt zu entscheidende grundsätzliche Rechtsfrage ist, ob die gleichen Grundsätze auch zur Verneinung der Versicherung bei den zurückgehaltenen feindlichen Ausländern, insbesondere russischer Staatsangehörigkeit, führen müssen. Diese wurden, insbesondere soweit sie sich, wie der Kläger, in wehrpflichtigem Alter befanden, nach Ausbruch des Krieges in Deutschland zurückgehalten. Sie hatten nach den im wesentlichen gleichlautenden Befehlen der obersten Kommandobehörde an ihrer bisherigen Arbeitsstätte zu verbleiben und durften sie nur mit besonderer polizeilicher Genehmigung verlassen. Die Durchführung dieser Anordnung wurde besonders dadurch gewährleistet, daß den Beteiligten die Verpflichtung bis zu täglich zweimaliger Meldung bei der Polizei auferlegt wurde. Der Abschluß fester Arbeitsverträge wurde, insbesondere soweit es sich um russische landwirtschaftliche Arbeiter handelte, zwar im Wege freier Vereinbarung erstrebt. Dennoch waltete dabei ein obrigkeitlicher Zwang insofern ob, als bei der Weigerung zu arbeiten, nicht nur die Strafen des § 361 Nr. 7, 8 und 10 des Reichs-Strafgesetzbuchs drohten, sondern auch die Überführung in ein militärisches Gefangenenlager mit unmittelbarem militärischen Arbeitszwang in Aussicht genommen war. Dieser mittelbare Zwang zur Arbeit unterschied sich von dem auch auf Inländer aus wirtschaftlichen Gründen oder auf Grund des § 361 des Reichs-Strafgesetzbuchs wirkenden Zwange wesentlich dadurch, daß er infolge der erwähnten Aufenthaltsbeschränkungen in einem örtlich eng begrenzten Bezirke stattfand. Dadurch wurde die Wahl des Arbeitsverhältnisses auf eine mehr oder weniger geringe Zahl von Arbeitsgelegenheiten beschränkt. Das gestaltete die Lage der zurückgehaltenen russischen landwirtschaftlichen Arbeiter wesentlich anders, wie die der unter Polizeiaufsicht stehenden Inländer. Letzteren kann nach § 39 Nr. 1 des Reichs-Strafgesetzbuchs der Aufenthalt an einzelnen Orten untersagt werden, während den in Rede stehenden Ausländern von vornherein ein bestimmter Aufenthalt angewiesen wurde. Diese Beschränkungen, die jederzeit weiterer Verschärfung fähig waren, laufen in der Tat auf eine grundsätzliche Ausschaltung der Freizügigkeit und zugleich auf eine derartige Einengung der persönlichen Freiheit hinaus, daß von einer Teilnahme an dem freien wirtschaftlichen Austausch von Arbeit und Lohn nicht mehr die Rede sein kann. Das für die freien Arbeiter kennzeichnende Merkmal ist daher bei den Ausländern, für die beschränkende Anordnungen der geschilderten Art ergangen sind, nicht gegeben. Ihre hierdurch verursachte Unfreiheit führt dazu, daß sie von der Versicherung nicht erfaßt werden. Sollten sich hieraus für ausländische Arbeiter, die bereits bei Ausbruch des Krieges fest in Deutschland ansässig waren, Härten ergeben, so können gleichwohl solche Ausnahmeverhältnisse die allgemeine Rechtsauslegung nicht beeinflussen. Auch die Rücksicht auf die Unternehmer, die hiernach des Schutzes der §§ 898, 1042, 1219 RVO. entbehren, darf zu keiner anderen Auffassung führen. Denn die Beschränkung ihrer Haftpflicht ist nicht der wesentliche Zweck, sondern nur eine Nebenerscheinung der öffentlich-rechtlichen Versicherung und kann daher bei der Frage, ob ein Versicherungsverhältnis besteht, nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Der geschilderte Rechtsstandpunkt ist bisher nicht nur vom Reichsversicherungsamt (zuletzt in der Entsch. des Beschlußsenats vom 15. März 1918 — II 3986/18 —, Amtl. Nachr. 1918 S. 314 Ziff. 2445) und den übrigen rechtsprechenden Instanzen (zu vgl. Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamts vom 17. Juli 1916 in der Zeitschrift „Die Berufsgenossenschaft" 1917 S. 22) vertreten, sondern auch vom Gesetzgeber gebilligt worden. Insbesondere sind erst durch die Bundesratsverordnung vom 30. März 1917 (RGBl. S. 301) „diejenigen Angehörigen feindlicher Staaten, welche wegen der ihnen als solchen auferlegten Beschränkungen den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Unfallversicherung nicht unterliegen", diesen Vorschriften mit Wirkung vom 1. Januar 1917 unterstellt worden. Wie die Begründung zu dieser Verordnung ergibt, sollten dadurch gerade die seit Beginn des gegenwärtigen Krieges in Deutschland befindlichen und hier zurückgehaltenen Angehörigen feindlicher Staaten auch für unfallversicherungspflichtig erklärt werden, auf die sich bisher die Geltung der Unfallversicherung um deswillen nicht erstreckte, weil sie infolge von Anordnungen deutscher Behörden gewissen Freiheitsbeschränkungen mit Rücksicht auf ihre feindliche Staatsangehörigkeit unterworfen waren. Die Bundesratsverordnung wollte diese frühere Rechtslage, besonders auch im Interesse der beteiligten Unternehmer, die dadurch von der Einzelhaftpflicht befreit wurden, für die Zukunft ändern. Eine weitere Rückwirkung aber, als diejenige, die der § 2 der Verordnung auf den Beginn des Jahres 1917 (in Rücksicht auf die Jahresumlagen der Versicherungsträger — zu vgl. Wuermeling, Kriegsverordnung über Unfallversicherung feindlicher Ausländer, Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1917 Sp. 387 ff.) vorgesehen hat, ist nicht ausgesprochen worden und rechtlich nicht zu begründen.

Ob die Frage der Versicherung der russisch-polnischen Arbeiter für die Zeit seit der Kundgebung über die Errichtung des Königreichs Polen vom 5. November 1916 in dem gleichen Sinne zu entscheiden ist, wie für die vorhergehende Zeit, kann dahingestellt

bleiben, da vorliegend der Zeitpunkt des Unfalls, der für die Frage, ob ein Versicherungsverhältnis bestand, entscheidend ist, bereits in das Jahr 1915 fällt.

Anmerkung: Hinsichtlich der im letzten Absatz erwähnten Frage ist zu verweisen auf die Entsch. des RVA. 2445, Amtl. Nachr. 1918 S. 314, worin die Versicherungspflicht auch jetzt noch verneint ist — abweichend von einer älteren Entscheidung (ArbVers. 1917 S. 155). Zu vgl. hierüber ArbVers. 1918 Heft 18 S. 353.

Örtliche Zuständigkeit bei Streit über Ersatzansprüche (§ 1773 RVO.).

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 30. April 1918 (2473, Amtl. Nachr. 1918 S. 426).

Die Arbeiterin Klara K. war in der Buchdruckerei von Ferdinand A. in B. bis zum 4. Juni 1914 beschäftigt. Von da ab bis zum 2. Juli 1914 bezog sie von der beklagten Krankenkasse, deren Pflichtmitglied sie war, wegen eines Lungenleidens Krankengeld. Nachdem der Kassenarzt sie am 3. Juli 1914 „inzwischen arbeitsfähig" befunden, jedoch eine Heilstättenkur angeraten hatte, führte die Landesversicherungsanstalt mit ihr vom 7. November 1914 bis zum 5. Februar 1915 in der Lungenheilstätte B. ein Heilverfahren durch. Die Landesversicherungsanstalt beansprucht nunmehr von der beklagten Krankenkasse mit der Behauptung, daß die K. nicht nur während des Heilstättenaufenthalts, sondern auch über den 2. Juli 1914 hinaus bis zum Beginn des Heilverfahrens arbeitsunfähig gewesen sei, Ersatz nach § 1518 Abs. 2 RVO. und hat den Ersatzanspruch bei dem Königl. Versicherungsamt zu B., in dessen Bezirk die genannte Lungenheilstätte liegt, erhoben. Das Versicherungsamt hat dem Klageantrag entsprochen. Auf die Berufung der Krankenkasse hat jedoch das Oberversicherungsamt zu M. die Entscheidung des Versicherungsamts mangels örtlicher Zuständigkeit aufgehoben. Hiergegen hat die Landesversicherungsanstalt Revision eingelegt. Das Reichsversicherungsamt hat die Entscheidung des Oberversicherungsamts aufgehoben aus folgenden Gründen:

Für den vorliegenden Ersatzanspruch ist nach § 1773 RVO. das Versicherungsamt zuständig, das bei Streit über den Hauptanspruch, aus welchem der Ersatzanspruch hergeleitet ist, zu entscheiden hat. Der Hauptanspruch, auf den hiernach zurückgegriffen werden muß, ist der Anspruch, der dem Versicherten gegen die Krankenkasse auf die Leistungen aus der Krankenversicherung zusteht. Über ihn hat gemäß §§ 1636, 1637 a. a. O. das Versicherungsamt zu entscheiden, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit des Antrags wohnt oder beschäftigt ist. Da der Hauptanspruch in der Regel nicht neben dem Ersatzanspruch erhoben wird, muß im Wege der Gesetzesauslegung festgestellt werden, an welchem Zeitpunkt der Hauptanspruch als erhoben zu gelten hat. Das Reichsversicherungsamt hat bereits in der Entsch. 2171 (Amtl. Nachr. 1916 S. 390) mit näherer Begründung ausgesprochen, es sei zu unterstellen, daß der Hauptanspruch nicht an dem späteren Zeitpunkt, an dem der Ersatzanspruch tatsächlich erhoben wurde, sondern bereits zur Zeit seiner Entstehung durch Klage geltend gemacht ist. An diesem Grundsatz, auf den das Oberversicherungsamt Bezug nimmt, war auch jetzt festzuhalten. Für die vorliegende Zuständigkeitsfrage ist aber nicht der Hauptanspruch in seinem gesamten Umfang, sondern nur, soweit er dem Ersatzanspruch unmittelbar zugrunde liegt, maßgebend, insbesondere also nur, soweit er auf den gleichen Zeitraum entfällt, für den der Ersatzanspruch erhoben ist. Eine andere Auslegung könnte zu dem Ergebnis führen, daß für die Zuständigkeit zur Entscheidung des Ersatzstreits ein Zeitpunkt bestimmend wäre, der noch vor der Entstehung des Ersatzanspruchs liegt; sie wäre mit dem Wortlaut und Sinne des § 1773 kaum noch in Einklang zu bringen. Da der Ersatzanspruch für die Zeit vom 7. November 1914 bis zum 5. Februar 1915 erhoben ist, so ist bei der Prüfung der Zuständigkeit auch nur der jenen Zeitraum umfassende Teil des Hauptanspruchs zu berücksichtigen. Zur Zeit, als dieser entstand, befand sich die K. für mehrere Monate, also nicht nur rein zufällig und vorübergehend, in der Lungenheilstätte B. Dort war daher damals ihr Wohnort im Sinne des § 1637 (zu vgl. Entsch. 2218, Amtl. Nachr. 1916 S. 562, und die sonstigen dort angeführten Entscheidungen). Mit Recht hat mithin das Königl. Versicherungsamt zu B. seine Zuständigkeit bejaht. Wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechts war deshalb die Vorentscheidung aufzuheben. Zugleich war die Sache an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen, das nunmehr nach erneuter Verhandlung in der Sache selbst zu entscheiden haben wird.

C. Zur Krankenversicherung.

Krankenpflege für Versicherte, die von der Heeresverwaltung beurlaubt sind.

Runderlaß des preuß. Kriegsministeriums vom 29. Mai 1918.

1. Zur Arbeit in den Betrieben beurlaubte und nach den gesetzlichen Vorschriften gegen Krankheit versicherte Personen des Soldatenstandes haben Anspruch auf freie militärärztliche Behandlung und Lazarettaufnahme usw. nur dann, wenn die Krankheit als Folge einer Gesundheitsstörung anzusehen ist, die die betreffenden Personen bereits während ihrer Anwesenheit beim Truppenteil erlitten haben.

2. In allen anderen Fällen sind die Versicherten an die Krankenkassen zu verweisen, wenn nicht aus

dienstlichen Gründen militärische Behandlung erfolgen muß.

3. Übernimmt im Falle zu 1. die Krankenkasse die Leistung (Krankenpflege und Heilbehandlung) mit Einverständnis der Heeresverwaltung, das in dringenden Fällen nachträglich eingeholt werden könnte, dann hat sie Anspruch auf Erstattung der Kosten dieser Leistung gegen die Heeresverwaltung. Die Ansprüche des Versicherten gegen die Kasse auf Gewährung der satzungsmäßigen Barleistungen (Krankengeld usw.) werden hierdurch nicht berührt.

4. Die Krankenhilfe für den Versicherten kann von der Heeresverwaltung, ohne daß einer der Gründe von Nr. 1 oder 2 vorliegt, dann übernommen werden, wenn sich der Versicherungsträger vorher zur Erstattung der Unkosten verpflichtet hat. Bei Gefahr im Verzuge kann die Verpflichtungserklärung nachträglich eingeholt werden.

Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915; Berechnung des Gesamteinkommens der Eheleute.

Bescheid des **bayer. Staatsministeriums des Innern** vom 15. Juli 1918.

Der Stadtmagistrat M. hat mit Verwaltungssenatsbeschluß vom 25. Januar 1918 den Anspruch der Johanna Sch. auf Gewährung der Reichswochenhilfe abgewiesen mit der Begründung, die Gesuchstellerin gehöre nicht zu den in § 2 der Bundesratsbekanntmachung vom 23. April 1915 bezeichneten minderbemittelten Personen, weil das Kriegsdiensteinkommen ihres Ehemannes 1500 M übersteige und eine Bemessung des von dem Ehepaar vor dem Eintritt des Mannes in den Kriegsdienst bezogenen Gesamteinkommens nicht möglich sei, da die Ehe erst nach dem Eintritt des Mannes in den Kriegsdienst geschlossen worden sei. Die Königl. Regierung von Oberbayern (K. d. J.) wies die gegen diesen Beschluß erhobene Beschwerde mit Entschließung vom 6. April 1918 (Nr. 20617) ab. Die Würdigung der gegen diese Entschließung erhobenen Beschwerde führt zu folgendem Ergebnis:

Der Anschauung des Stadtmagistrats M., daß bei Ehepaaren, die erst nach dem Eintritt des Ehemannes in den Kriegsdienst die Ehe geschlossen haben, die Bemessung des Gesamteinkommens für die Zeit vor dem Eintritt des Mannes in den Kriegsdienst nicht möglich sei, kann nicht beigetreten werden. Wie sich aus der inzwischen veröffentlichten Min.-Entschl. vom 1. Mai 1918 Nr. 119 d 33; Bayer. Staatsanz. Nr. 103 vom 3. Mai 1918 (ArbVers. 1918 Heft 15 S. 295) ergibt, ist der Anspruch auf Wochenhilfe nicht dadurch bedingt, daß die Ehe schon vor dem Eintritt in den Kriegsdienst bestanden hat. Entscheidend ist vielmehr, daß die Ehe zur Zeit der Entbindung bestanden hat. Aus Abs. 4 der angeführten Min.-Entschl. ist zu entnehmen, daß in solchen Fällen das Gesamteinkommen nach § 2 Ziff. 1 der Verordg. vom 23. April 1915 in der Weise berechnet wird, daß das Einkommen, das die jetzigen Eheleute ein Jahr vor dem Eintritt des Mannes in den Kriegsdienst, in diesem Falle also in dem Jahre vor dem 2. August 1914 hatten, zusammengerechnet wird. Hatte die Frau damals kein Einkommen, so kommt nur das Einkommen des Mannes in Betracht. Die Entscheidung des Stadtmagistrats M. beruht demnach auf einer unrichtigen Auslegung des Gesetzes. Der Stadtmagistrat ist daher zu veranlassen, zu dem Gesuch der Johanna Sch. wiederholt Stellung zu nehmen. Hierbei ist davon auszugehen, daß das Gesamtdiensteinkommen eines Sergeanten in dem vor dem 2. August 1914 liegenden Jahre zufolge einer Mitteilung des Kriegsministeriums in Geld und Naturalbezügen (Löhnung, Brot, Mundverpflegung, Bekleidung und Unterkunft) nach den Ansätzen des Militäretats für 1914 jährlich 869 M betrug. Ergibt sich bei der erneuten Prüfung, daß das Gesamteinkommen der Eheleute in dem Jahre vor dem 2. August 1914 den Betrag von 2500 M nicht überstiegen hat, so wird der Stadtmagistrat die Frage, ob Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird, einer wohlwollenden Prüfung unterziehen. Er wird dabei insbesondere in der Lage sein, die in den Eingaben vom 7. März 1918 und 15. Juni 1918 dargelegten Umstände, die die wirtschaftliche Lage der Eheleute Sch. besonders ungünstig zu beeinflussen geeignet sind, berücksichtigen können. Endlich wird zu berücksichtigen sein, daß das für die Erhaltung der Familie zur Verfügung stehende Einkommen noch vor Ablauf der in § 4 Ziff. 2 und 4 der Verordg. vom 23. April 1915 bestimmten Fristen durch die Abstellung des Ehemannes ins Feld eine sehr beträchtliche Abminderung erfahren hat.

Träger des Anspruchs auf Familienhilfe ist der Versicherte selbst. — Ersatzanspruch des Armenverbandes wegen Unterstützung eines Angehörigen des Versicherten.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Juni 1918 (2472, Amtl. Nachr. 1918 S. 424).

Der Ersatzanspruch eines Armenverbandes setzt nach § 1531 RVO. voraus, daß der Armenverband einen Hilfsbedürftigen unterstützt hat. Dabei ist für den Begriff der Hilfsbedürftigkeit das Armenrecht maßgebend (zu vgl. Revisionsentsch. 2076, Amtl. Nachr. 1915 S. 643). Vorliegend sind die Ehefrau und ein Kind des Fabrikarbeiters H. unterstützt worden. Das gilt, da diese Personen armenrechtlich unselbständig sind, nach dem Grundsatz der sogenannten armenrechtlichen Familieneinheit lediglich als eine Unterstützung des Ehemanns und Vaters, also des Arbeiters H. (zu vgl. die bezeichnete Revisionsentsch.). Die den Entscheidungen der Vorinstanzen zugrunde liegende Annahme, daß H., soweit es sich

um die Unterstützung seiner Ehefrau und seines Kindes handelt, hilfsbedürftig gewesen sei, ist nicht zu beanstanden. Insbesondere konnte er hinsichtlich dieser Unterstützungen nicht an die beklagte Kasse verwiesen werden, weil nach Lage der Umstände Krankenhauspflege geboten war, diese aber nach § 19 Abs. 3 der Kassensatzung den Angehörigen von Versicherten nicht gewährt wird. Der Armenverband hat ferner einen Ersatzanspruch nur dann, wenn der Anspruch auf die Leistungen der reichsgesetzlichen Versicherung, aus denen der Ersatz stattfinden soll, dem Unterstützten selbst zusteht oder zugestanden hat (zu vgl. die bezeichnete Revisionsentsch.). Da vorliegend der Arbeiter H., also der Versicherte, als Unterstützter anzusehen ist und der Ersatz aus Leistungen der Familienhilfe beansprucht wird, ist der Anspruch nur dann begründet, wenn als Träger des Anspruchs auf Familienhilfe der Versicherte selbst zu gelten hat. Das ist nach dem Gesetze der Fall. Nach § 6a Ziff. 5, § 21 Ziff. 5 KrVersGes. konnte Krankenpflege „für" erkrankte Familienangehörige gewährt werden. Unter der Herrschaft dieser Vorschriften wurde allgemein angenommen, daß der Anspruch auf Familienhilfe dem Versicherten selbst, nicht den Familienangehörigen zustehe (zu vgl. Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsger. vom 28. Mai 1888, Entsch. Bd. 16 S. 359, und des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 21. Februar 1895, abgedruckt bei Reger Bd. 16 S. 169). Das muß auch für das Recht der Reichsversicherungsordnung gelten (zu vgl. Entsch. 2390, Amtl. Nachr. 1917 S. 605, sowie Hoffmann, Kommentar Vorbem. zu § 205; Olshausen, Anm. 3 zu § 205; v. Frankenberg, Kommentar Anm. 5 zu § 205; Stier-Somlo ebenda Anm. 3c zu § 205). Aus dem Umstand, daß § 205 von Zubilligung der Familienhilfe „an" versicherungsfreie Familienangehörige der Versicherten spricht und die §§ 218, 219 Abs. 2 a. a. O. den Ausdruck „berechtigte Familienmitglieder" gebrauchen, kann nicht mit Hahn (Handb. der Krankenvers. Anm. 2d zu § 205) gefolgert werden, daß der Anspruch auf Familienhilfe nicht dem Versicherten, sondern den Familienmitgliedern zustehe. Wenngleich bei den Beratungen der Reichstagskommission über den Entwurf der Reichsversicherungsordnung ein Regierungsvertreter ausgeführt hat, daß die Familienhilfe nur Leistungen umfasse, die dem Familienmitglied „aus eigenem, wenn auch aus der Person des Versicherten abgeleiteten Recht" gewährt wurden (zu vgl. Kommissionsber. II S. 101), so wird doch in der Begr. zu §§ 1514, 1516 des Entw. (§§ 1531, 1533 des Gesetzes) bemerkt, daß die Familienhilfe der Krankenversicherung als Leistung an den Versicherten selbst gelte (S. 468 der Begr.). Daraus ergibt sich, daß die Reichsversicherungsordnung an der bisherigen Rechtslage nichts ändern wollte. Der Ersatzanspruch eines Armenverbandes hat nach § 1531 RVO. zur weiteren Voraussetzung, daß die Unterstützung für eine Zeit gewährt worden ist, für die der Hilfsbedürftige einen Anspruch „nach diesem Gesetze", also nach der Reichsversicherungsordnung, hatte oder noch hat. Mit Unrecht hält die Beklagte den Klageanspruch deshalb für unbegründet, weil sich der Anspruch auf Familienhilfe nicht auf das Gesetz, sondern auf die Satzung der Beklagten stütze. § 1531 entspricht dem § 57 Abs. 2 KrVersGes., wonach der Ersatzanspruch eines Armenverbandes gleichfalls voraussetzte, daß die Unterstützung für einen Zeitraum geleistet worden ist, für den dem Unterstützten ein Unterstützungsanspruch „auf Grund dieses Gesetzes", also des Krankenversicherungsgesetzes, zustand. Gleichwohl ist es unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes niemals zweifelhaft gewesen, daß ein Armenverband auch Ersatz aus Leistungen der Familienhilfe verlangen könne (zu vgl. z. B. die Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsger. vom 13. November 1911, Amtl. Nachr. 1912 S. 807). Hieran ist auch für die Reichsversicherungsordnung festzuhalten. Denn wenn auch der Anspruch auf Familienhilfe sich unmittelbar auf die Kassensatzung gründet, so stützt er sich doch mittelbar auf die Reichsversicherungsordnung, nämlich auf § 205 in Verbindung mit § 179 Abs. 3, wonach Gegenstand der Versicherung auch die satzungsmäßigen, dem Gesetz entsprechenden Mehrleistungen sind. Der Klageanspruch entfällt auch nicht, wie die Beklagte weiter einwendet, deshalb, weil nach § 19 Abs. 3 der Kassensatzung den Familienangehörigen von Versicherten Unterbringung in Heilanstalten nicht gewährt wird. Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts, die der Rechtsübung des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts entspricht (zu vgl. Revisionsentsch. 1963, Amtl. Nachr. 1915 S. 364, insbesondere S. 366 oben), kommt es für den Ersatzanspruch eines Armenverbandes lediglich darauf an, ob er die Unterstützung in der ihm obliegenden Weise gewährt hat. War dies der Fall, so kann sich die Kasse nicht darauf berufen, daß sie zu einer entsprechenden Leistung nicht verpflichtet gewesen sei. Diese Auffassung beruht auf dem auch unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes allgemein anerkannten Grundsatz, daß ein Armenverband ohne Beeinträchtigung seines Ersatzanspruchs gegen die Krankenkasse die Unterstützung nicht in der Form zu gewähren braucht, die der Unterstützte nach Gesetz oder Satzung von der Krankenkasse beanspruchen kann (zu vgl. Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsger. vom 30. Januar 1901, Entsch. Bd. 38 S. 338, sowie des Großh. Hess. Verwaltungsgerichtshofs vom 26. Januar 1907, abgedruckt in der ArbVers. 1908 S. 330, und des Königl. Sächs. Oberverwaltungsger. vom 15. Dezember 1906, abgedruckt ebenda 1907 S. 304). Folgerichtig kann dem Kläger auch nicht der in der mündlichen Verhandlung vor dem Reichsversicherungsamt

erhobene Einwand entgegengehalten werden, daß ein dringender Fall, der nach § 25 Abs. 1 der Kassensatzung (§ 368 RVO.) die Inanspruchnahme eines anderen Arztes als des Kassenarztes rechtfertigt, nicht vorgelegen habe.

Auch die Festsetzung der Höhe des Anspruchs durch die Vorinstanzen ist nicht zu beanstanden. Wie sie zutreffend annehmen, kann der Anspruch nicht auf § 1533 Nr. 2 RVO. gestützt werden, weil diese Vorschrift nach ihrem klaren Wortlaut nur Unterstützungen bei Krankheit „des Versicherten“, also nicht seiner Angehörigen, betrifft (zu vgl. Lehmann, Kommentar Anm. 5 zu § 1533, Düttmann, ebenda Anm. 5 zu § 1533). Maßgebend ist daher lediglich § 1533 Nr. 3, wonach „die übrigen Unterstützungen“, d. h. die nicht unter § 1533 Nr. 1 und 2 fallenden, insbesondere also Unterstützungen von Angehörigen der Versicherten, aus den ihnen entsprechenden Leistungen der Krankenkasse zu ersetzen sind. Dabei ist § 1503 Abs. 1 RVO., wonach für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns des Versicherten zu ersetzen sind, mangels einer ausdrücklichen gesetzlichen Vorschrift nicht anzuwenden (zu vgl. Lehmann a. a. O., Anm. 13a zu § 1533, Düttmann a. a. O., Anm. 13 zu § 1533). Vielmehr sind dem Armenverbande die Aufwendungen für Krankenpflege in der vollen tatsächlichen Höhe zu erstatten (zu vgl. Lehmann a. a. O., Düttmann a. a. O.). Ob dies auch dann gilt, wenn die Aufwendungen die Kosten übersteigen, die der Kasse bei Gewährung der Unterstützung durch sie selbst entstanden wären, oder ob in einem solchen Falle, wie das Oberversicherungsamt angenommen hat, die Aufwendungen des Armenverbandes nur bis zum Betrage dieser Kosten zu ersetzen sind, kann dahingestellt bleiben, da ein solcher Fall nicht vorliegt. Denn die Aufwendungen des Klägers für die Krankenpflege, deren Nachweis bis in alle Einzelheiten hinein dem Kläger nicht zugemutet werden kann, sind vom Versicherungsamt auf Grund der von ihm veranlaßten Ermittlungen nach freiem Ermessen einwandfrei auf 60 oder 95 ℛ täglich geschätzt worden, während die Beklagte nach der Berechnung des Oberversicherungsamts, die sie in der Revisionsinstanz ausdrücklich als richtig anerkannt hat, bei Gewährung der Unterstützung durch sie selbst täglich 96 ℛ hätte aufwenden müssen.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung.

Vom 28. August 1918 (RGBl. S. 1085).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1.

Angestellte, die nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versichert sind und aus der Versicherungspflicht ausscheiden würden, weil sich ihr Jahresarbeitsverdienst auf über fünftausend Mark erhöht, bleiben versicherungspflichtig, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst siebentausend Mark nicht übersteigt. Für ihre Versicherung ist, solange ihr Jahresarbeitsverdienst fünftausend Mark übersteigt, die Gehaltsklasse J maßgebend.

§ 2.

Angestellte, die nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtig waren und nach Ausbruch des gegenwärtigen Krieges aus der Versicherungspflicht wegen Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes auf über fünftausend Mark ausgeschieden sind, werden wieder versicherungspflichtig nach diesem Gesetz, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst siebentausend Mark nicht übersteigt. Für sie beginnt die Versicherungspflicht mit dem Anfang des Monats, der auf die Verkündung dieser Verordnung folgt; § 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3.

Kalendermonate, in denen ein nach § 2 dieser Verordnung versicherungspflichtiger Angestellter nicht versicherungspflichtig war, weil sein Jahresarbeitsverdienst mehr als fünftausend Mark betrug, werden als Beitragsmonate nach §§ 15, 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte angerechnet.

Macht ein solcher Angestellter von dem Recht der freiwilligen Versicherung für die zurückliegende Zeit, während welcher er nicht versicherungspflichtig war, Gebrauch, so gelten die freiwilligen Beiträge, die er für diese Zeit entrichtet oder bereits während der zurückliegenden Zeit entrichtet hat, als Pflichtbeiträge im Sinne des § 48 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, nicht auch im Sinne des § 398. Die freiwillige Versicherung ist mit dieser Wirkung nur in der Gehaltsklasse des letzten Pflichtbeitrags vor dem Ausscheiden aus der Versicherung und im Falle des § 177 in derjenigen Gehaltsklasse zulässig, welche diesem Pflichtbeitrag entspricht.

§ 4.

Angestellte der in den §§ 1, 2 dieser Verordnung bezeichneten Art sind auch dann berechtigt, sich unter den im § 3 Abs. 2 dieser Verordnung bezeichneten

Bedingungen und mit der dort bestimmten Rechtswirkung freiwillig weiterzuversichern, wenn sich ihr Jahresarbeitsverdienst auf über siebentausend Mark erhöht oder erhöht hat.

§ 5.

Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Der Reichskanzler bestimmt, wann sie außer Kraft tritt.

Anmerkung: Die Bekanntmachung ist in Nr. 115 des Reichs-Gesetzbl., ausgegeben in Berlin am 29. 8. 18, veröffentlicht, also mit diesem Tage in Kraft getreten.

Zur Erläuterung verweisen wir auf den oben S. 541 abgedruckten Aufsatz von Dr. Jaeger. — Amtliche Erläuterungen werden, wie wir erfahren in Form eines Merkblatts vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte veröffentlicht werden. Wir behalten uns den Abdruck des Merkblattes vor.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Abänderung der Gebührenordnungen für Ärzte für die Kriegszeit.

a)

Bekanntmachung des **preuß. Ministers des Innern** vom 7. August 1918 (RAnz. Nr. 189 vom 12. August 1918).

Auf Grund des § 80 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich (RGBl. 1900 S.. 871 ff.) bestimme ich hierdurch:

I.

Die Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 (in der Fassung vom 13. Mai 1906 und vom 23. Mai 1914) wird abgeändert wie folgt:

Die nachstehenden Ziffern des Abschnitts „II. Gebühren für approbierte Ärzte", erhalten folgenden Wortlaut:

A. Allgemeine Verrichtungen.

1. Der erste Besuch des Arztes bei dem Kranken 3—20 *M*,

2. jeder folgende Besuch im Verlauf derselben Krankheit 1,50—10 *M*,

3. die erste Beratung eines Kranken in der Wohnung des Arztes 1,50—10 *M*,

4. jede folgende Beratung in derselben Krankheit 1—5 *M*.

5. Die Gebühr für den Besuch bzw. die Beratung schließt die Untersuchung des Kranken und die Verordnung mit ein.

Findet jedoch eine besonders eingehende Untersuchung unter Anwendung des Augen-, Kehlkopf-, Ohren- und Scheidenspiegels oder des Mikroskops statt, so können hierfür 3—7,50 *M* besonders berechnet werden.

5a. Beratung eines Kranken durch den Fernsprecher:

bei Tage 1,50—5 *M*, bei Nacht 3—10 *M*.

Findet die Beratung von einer öffentlichen Fernsprechstelle aus statt, so steht dem Arzt neben der Gebühr für die Beratung eine Entschädigung für Zeitversäumnis zu, und zwar für jede angefangene halbe Stunde in Höhe von 2—4,50 *M*.

7. Muß der Arzt nach der Beschaffenheit des Falles oder auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen länger als eine halbe Stunde verweilen, so stehen ihm für jede weitere angefangene Stunde 2—4 *M* zu. Diese Gebühr fällt fort, wenn bei dem Besuch eine Entschädigung für die durch denselben veranlaßte Zeitversäumnis berechnet wird.

17. In den Fällen zu Nr. 10, 11, 12, 13, 14, 15 dagegen kann auch innerhalb des Wohnortes des Arztes, wenn die Wohnung des Kranken nicht unter zwei Kilometer von der des Arztes entfernt ist, neben der Gebühr für den Besuch eine Entschädigung für Fuhrkosten sowie für Zeitversäumnis, und zwar für jede angefangene halbe Stunde in Höhe von 2 bis 4 *M* berechnet werden.

20. Außerdem hat der Arzt in den Fällen der Nr. 18 Anspruch auf Entschädigung für die durch die Zurücklegung des Weges bedingte Zeitversäumnis, und zwar bei Tage 2—4,50 *M* und bei Nacht 4 bis 9 *M* für jede angefangene halbe Stunde der für die Fahrt erforderlichen Zeit.

24a. Eine kurze Bescheinigung über Gesundheit oder Krankheit eines Menschen 2,50—6 *M*,
b. ein ausführlicher Krankheitsbericht 4—15 *M*,
c. ein begründetes Gutachten 12—50 *M*.

25. Ein im Interesse der Heilung des Kranken zu schreibender Brief 3—10 *M*.

37. Einspritzung von Heilmitteln (außer dem Betrage für diese:
a. Einspritzungen unter die Haut 2—10 *M*,
b. Einspritzungen in die Harnröhre oder den Mastdarm 3—15 *M*,
c. Serumeinspritzungen 3—20 *M*,
d. Einspritzungen in die Muskeln 5—10 *M*,
e. Einspritzungen unmittelbar in eine Blutader 10—40 *M*.

B. Besondere Verrichtungen.

Wundärztliche Verrichtungen.

44. Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses oder Erweiterung einer Wunde 3—10 *M*,

47. der erste einfache Verband einer kleinen Wunde 1,50—10 *M*,

48. Naht und erster Verband einer kleinen Wunde 3—10 *M*.

II.

Diese Abänderungen treten am 1. September 1918 in Kraft und gelten bis zum Ablauf eines Jahres nach dem Zeitlauf eines Jahres nach dem Zeitpunkt, zu welchem der Kriegszustand durch Kaiserliche Verordnung (§ 5 Abs. 4 des Gesetzes über Kriegszuschläge zu den Gebühren der Rechtsanwälte und der Gerichtsvollzieher vom 1. April 1918, RGBl. 1918 S. 173) als beendet anzusehen sein wird.

b)

Königl. (Bayer.) Verordnung über Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis vom 27. Juli 1918 (Gef.= u. Vrdg.=Bl. Nr. 50 vom 3. August 1918).

Wir finden uns bewogen, im Hinblick auf die durch den Krieg veranlaßten außergewöhnlichen Verhältnisse die Anlage zu § 1 der Königl. Verordnung vom 17. November 1901 über ärztliche Gebühren (G. V. Bl. S. 629) abzuändern wie folgt:

Die Ziff. 1 und 2 des Abschnitts A Gebühren für Besuche und Beratungen (Zeugnisse, Berichte, Gutachten, Briefe) erhalten folgende Fassung:

1. Besuch in der Wohnung des Kranken:
   a) für den ersten Besuch bei Tag 3—10 *M*,
   b) für jeden folgenden Besuch bei Tag im Verlaufe derselben Krankheit 2—6 *M*,
   c) für Besuche bei Tag, welche auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen sofort oder zu einer bestimmten Stunde gemacht werden, und zwar für den ersten 5—20 *M*, für jeden folgenden 3—12 *M*,
   d) für jeden Besuch bei Nacht (von 9 Uhr abends bis 7 Uhr morgens) 6—20 *M*.
2. Beratung eines Kranken in der Wohnung des Arztes, sowie auch telephonische Beratung:
   a) für die erste Beratung bei Tag 2—6 *M*,
   b) für jede folgende Beratung bei Tag im Verlaufe derselben Krankheit 1,50—3 *M*,
   c) für jede Beratung bei Nacht 4—20 *M*.

Die Mindestsätze aller übrigen Gebühren der Gebührenordnung werden um die Hälfte erhöht.

Diese Verordnung tritt mit dem Ablauf von zwei Jahren nach Beendigung des gegenwärtigen Kriegszustandes außer Kraft. Der Zeitpunkt, zu welchem der Kriegszustand als beendet anzusehen ist, wird durch Königl. Verordnung bestimmt.

c)

Verfügung des **württemb. Ministeriums des Innern** betreffend die Gebühren der approbierten Ärzte für Geschäfte der Privatpraxis vom 4. März 1918 (Reg.=Bl. Nr. 3 vom 26. März 1918).

Die Nummern 1, 2, 7 und 13 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 25. März 1899 (Reg.=Bl. S. 284) erhalten mit Wirkung vom 1. April d. J. an bis auf weiteres nachstehende Fassung:

1. a) Erster Besuch des Arztes bei dem Kranken, auch wenn Sprechstundenberatung vorausgegangen ist, 3—10 *M*,
   b) jeder folgende im Verlauf derselben Krankheit 1,50—5 *M*.
2. a) Erste Beratung eines Kranken ohne Besuch 2—6 *M*,
   b) jede folgende Beratung in derselben Krankheit, soweit nicht Buchst. c zutrifft, 1—3 *M*,
   c) jede Beratung außerhalb der Sprechstundenzeit 2—6 *M*.

7. Für Besuche oder Beratungen, welche in der Zeit zwischen 8 Uhr abends und 7 Uhr morgens (Nachtzeit) verlangt oder notwendig werden, beträgt die Gebühr das Doppelte der in Nr. 1, 2 und 4 enthaltenen Sätze, jedoch nicht unter 4 *M*. Die gleichen Sätze gelten für die Besuche an Sonntag-Nachmittagen.

13. Befindet sich der Kranke außerhalb des Wohnortes des Arztes, und zwar nicht unter 1 Kilometer von dessen Grenze und nicht unter 2 Kilometer von der Wohnung des Arztes entfernt, so hat der Arzt außer der Gebühr für den Besuch den Ersatz der für die Reise erwachsenen Kosten für Fahrzeug oder Reittier zu beanspruchen. Bei Benützung eines eigenen Fahrzeugs oder Reittiers ist die Entschädigung nach den ortsüblichen Preisen zu berechnen. Bei Reisen zu Fuß oder mittels Fahrrads dürfen 50 *₰* für jeden zurückgelegten Kilometer berechnet werden, wobei jeder angefangene Kilometer für voll zählt.

Bei Fahrten mit der Eisenbahn sind die Kosten der II. Wagenklasse, bei Fahrten mit dem Dampfschiff die der I. Klasse zu vergüten.

Außerdem hat der Arzt Anspruch auf Entschädigung für die durch die Zurücklegung des Weges bedingte Zeitversäumnis, und zwar 1,50—3 *M* für jede angefangene halbe Stunde der für die Reise erforderlichen Zeit bis zum Höchstbetrag von 40 *M* für den Tag.

Die Verfügung des Ministeriums des Innern vom 6. September 1915 betreffend die Reisegebühren der approbierten Ärzte (Staatsanz. Nr. 209), tritt mit dem Inkrafttreten dieser Verfügung außer Wirkung.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Verband der Krankenunterstützungskassen selbständiger Handwerker.

Die Handwerkskammern bemühen sich, die freiwillige Versicherung der kleinen Gewerbetreibenden in eigens gegründeten Krankenunterstützungskassen zu fördern. Von den 73 Handwerkskammern des Reiches besitzen bereits 28 derartige Kassen mit zusammen rd. 25 000 Mitgliedern. Bereits im September 1917 auf der Tagung des Deutschen Handwerks- und Gewerbekammertages wurde der Beschluß gefaßt, einen „Verband der Krankenkassen für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende“ zu gründen. Nachdem inzwischen eine Anzahl derartiger Kassen ihren Beitritt zu dem Verbande erklärt hatten, fand am 8. Juli in Hannover seine eigentliche Gründungsversammlung statt.

Der Generalsekretär Dr. Meusch legte den Stand der Sache und die Aufgaben des neuen Verbandes dar. Er solle an die Stelle des seither bestandenen Verbandes der Krankenkassen treten. Seine Aufgaben bestehen in der Ausgestaltung und inneren Entwicklung der Fürsorgeeinrichtungen für das selbständige Handwerk und Gewerbe. Zu dem Zwecke sei die Einrichtung neuer Unterstützungskassen in die Wege zu leiten und seien die Interessen der privaten Krankenkassen nach außen hin wahrzunehmen. Die Stimmung für die Errichtung von freiwilligen Handwerkerkrankenkassen sei keine einheitliche. Weite Kreise auch im Handwerkerstand erblickten die beste Lösung der erstrebten Fürsorge in einer zwangsweisen Versicherung des selbständigen Mittelstandes gegen Krankheit und Invalidität. Nach Lage der Sache sei es am besten, hierüber im Augenblick keine Entscheidung zu treffen, sondern heute den Verband zu gründen und die Frage der Ausgestaltung der sozialen Versicherung der späteren Zeit und der gesetz=

lichen Entwicklung zu überlassen. Von Herrn Verbandssekretär Mahr wurde erklärt, daß der Verband Deutscher Gewerbevereine und Handwerkervereinigungen nach wie vor die Zwangsversicherung erstrebe. Es sei dem deutschen Gewerbestande nicht gedient mit der Gründung neuer Krankenkassen, die nur wenige Mitglieder haben, sondern mit einer Pflichtversicherung für Krankheit, Alter, Invalidität und die Hinterbliebenen. Diese Versicherung müsse der Reichsversicherungsordnung eingegliedert werden, wobei, den heutigen Verhältnissen entsprechend, die obere Grenze des Jahreseinkommens für die Versicherungspflicht auf nicht unter 5000 M festzusetzen wäre. Trotz diesen Bestrebungen wolle der Deutsche Verband der Gewerbevereine der Gründung freiwilliger Krankenkassen nicht hindernd in den Weg treten, sondern diese vielmehr als ein vorläufiges Hilfsmittel fördern, so gut er kann. Damit werden die Wege für eine weitere Ausgestaltung geebnet.

Sodann wurde die Gründung ausdrücklich beschlossen und die Beratung der Satzung vorgenommen. Es wurde der Name „Verband der Krankenkassen für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende" gewählt. Nach der Satzung will der Verband den kleinen Kassen Stütze und Halt bieten und ihnen die nötigen geistigen und technischen Hilfsmittel verschaffen. Als Beitrag für das Geschäftsjahr 1918/19 wurde eine von jedem Verein zu zahlende Grundgebühr von 20 M und eine Abgabe von 2 ₰ für jedes Mitglied festgesetzt.

Das Amt des Vorsitzenden ist dem Präsidenten des Landesverbandes Badischer Gewerbe- und Handwerkervereinigungen, Landtagsabgeordneten Niederbühl in Rastatt, übertragen worden. Als Vorstandskassen wurden weiter Hannover, Dresden und Stettin bestimmt. Die nächste Tagung des Verbandes soll in Verbindung mit dem diesjährigen Deutschen Handwerks- und Gewerbekammertag stattfinden. Fällt dieser aus, so soll eine selbständige Versammlung Ende des Jahres in Würzburg stattfinden. Im übrigen wurde noch ein Arbeitsplan beraten, die Gründung neuer Kassen besprochen usw. Die Geschäftsstelle des neuen Verbandes ist in Hannover dem Deutschen Handwerks- und Gewerbekammertag angeschlossen. An den Verhandlungen nahmen 17 Handwerks- und Gewerbekammern und 18 Handwerker-Krankenkassen teil.

Die Tagungen der großen Kassenverbände.

Nach Abfassung unserer Übersicht auf S. 474, 1918 der ArbVers., hat eine weitere Anzahl von großen Verbänden der Krankenkassen ihre Jahresversammlung abgehalten. Die bedeutungsvollste ist die des Gesamtverbandes deutscher Krankenkassen, die am 26. und 27. August in Coblenz tagte. Sie war von 236 Vertretern von 8 Landesverbänden und 143 Einzelkassen besucht. Der neben anderen Vertretern von Behörden anwesende Präsident des Reichsversicherungsamtes, Dr. Kaufmann, hielt eine bemerkenswerte Ansprache, in der er seine Ansichten darüber entwickelte, wie nach dem Kriege die Beziehungen der Versicherungsträger zueinander noch enger zu knüpfen seien. Schon jetzt werde in dieser Hinsicht z. B. in der Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, der Sorge für Mutter und Kind usw. Ersprießliches geleistet. Dieses Zusammenarbeiten müsse noch weiter ausgestaltet werden. Der Krieg habe gelehrt, daß nur durch straffes Zusammenfassen aller Kräfte und nur durch ihre zielbewußte Ausnutzung Großes geleistet werden kann. Auch in der Arbeiterversicherung werden sich die Aufgaben der Zukunft nur befriedigend lösen lassen, wenn anstatt des Neben- und Gegeneinanderarbeitens mit seinen bedauerlichen Reibungen und Kräfteverlusten die Versicherungsträger geschlossener als bisher vorgehen. Wieviel mehr als seither wäre durch einen engeren Zusammenschluß noch zu erreichen auf dem Gebiete der Krankheits- und Unfallverhütung, der Überwachung der Kranken, einer großzügigen Arbeitsvermittlung, der Ausgestaltung des Heilverfahrens durch gemeinsame Kliniken, Genesungsheime usw., einheitliche Abkommen mit Krankenhäusern, Apotheken, Bandagisten usw., gemeinsame Verträge mit Ärztekammern, ärztlichen Standesvereinen und Fachärzten. Weiter denke ich — so führte Redner weiter aus — an gemeinschaftliche Geschäftsstellen, je nach Lage der örtlichen Verhältnisse, der Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen oder an eine Erweiterung des Aufgabenkreises der vor einigen Jahren gebildeten örtlichen Vereinigungen berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen, die schon mehrfach aus sich heraus mit den Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen Beziehungen angeknüpft haben. Auch ein nicht bloß vorübergehendes Zusammenarbeiten der Versicherungsämter mit der Ärzteschaft wäre wohl zu erreichen. Durch solche Einrichtungen würde die unter Berücksichtigung der Interessen berufsständischer Schichten aufgebaute Sozialversicherung auch die Vorteile örtlicher Gliederung erhalten. Diesen Darlegungen folgte lebhafter Beifall.

Der vom Geschäftsführer, Reichstagsabgeordneten Becker, erstattete Jahresbericht zeigt, daß der Verband 587 Kassen umfaßt. Im Jahre 1917 wurde eine rege Tätigkeit auf verschiedenen Gebieten entfaltet, so im Arztwesen, der Ernährungsfrage usw. Im weiteren Verlaufe der Verhandlungen wurde eine Entschließung angenommen, in der eine Erhöhung der Gehaltsgrenze für die Krankenversicherungspflicht der Privatangestellten gefordert wird. Hierauf wurde über die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden und die Förderung des Wohnungswesens gesprochen. Zur weiteren Erörterung dieser Fragen wurden Ausschüsse eingesetzt. In einem Vortrage forderte Reichstagsabgeordneter Dr. Becker eine Reform des Apothekenwesens. Leider sei auf eine reichsgesetzliche Regelung dieser Frage nicht zu rechnen. Es bliebe nur eine Regelung durch die Landtage der einzelnen Bundesstaaten übrig. Über das Verhältnis der Krankenkassen zu den Apotheken sprach Rendant Reifenrath-Gelsenkirchen. Er schlug u. a. vor, die Handverkaufslisten zu beseitigen, damit die Krankenkassen auf alle Verordnungen von den Apotheken einen höheren Rabatt erhielten. Die Frage, wie die Krankenkassen dazu beitragen können, die bestehenden Fürsorgeeinrichtungen den Kriegsteilnehmern und Kriegshinterbliebenen nutzbar zu machen, behandelte Verwaltungsdirektor Grunow-Duisburg. Hierbei wurde auch beschlossen, erneut an die Reichsregierung heranzutreten, um die den Kassen durch die Kriegswirkungen entstandenen Aufwendungen ersetzt zu erhalten. Schließlich wurde noch über die Arztfrage verhandelt. Den Vortrag hierüber hielt Dr. Steinhausen-Braunschweig. Seine Ausführungen zielten auf die Verstaatlichung der Ärzte hin. Insbesondere müsse den Krankenkassen die Anstellung festbesoldeter Ärzte unbenommen sein. Diesen Vorschlägen wurde insbesondere von Medizinalrat Dr. Grisar entgegengetreten. In der weiteren Aussprache wurde auch das Berliner Abkommen berührt, das als unbefriedigend bezeichnet wurde. Reichstagsabgeordneter Becker sprach sich ebenfalls für eine

gesetzliche Regelung der Arztfrage aus. Im übrigen wurde noch eine Änderung der Satzung vorgenommen. Dabei wurde u. a. auch der Name der Organisation in „Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands“ umgeändert.

Von den anderen Tagungen ist u. a. bemerkenswert eine Versammlung des Verbandes der OKK. in Elsaß-Lothringen am 27. und 28. Juli 1918 in Hagenau. Es wurde über Verwaltungsangelegenheiten, die Arztfrage und das Apothekerwesen verhandelt. Anwesend waren 72 Vertreter von 24 Kassen mit 167 000 Mitgliedern. — Der Verband der OKK. im Wirtschaftsgebiet der Hansestädte hielt seine Jahresversammlung am 18. August in Bremerhaven ab. Es gehören ihm 31 OKK. mit 28 700 Mitgliedern an. Ein Ausschuß zur Beratung der Revision der Reichsversicherungsordnung hat umfangreiche Abänderungsvorschläge gemacht. Der Verband hat über die wirtschaftlichen Verhältnisse der angeschlossenen Kassen eine eingehende Erhebung aufgenommen. Die Verhandlungen verliefen außerordentlich anregend. — Der Landesverband bayerischer OKK. hielt am 18. August in Landeshut eine Versammlung ab, über die wir besonders berichtet haben (Heft 26 S. 516). — Der Bayerische Krankenkassenverband (dem Gesamtverbande der Krankenkassen angeschlossen) tagte am 28. und 29. August in Würzburg. Es gehören ihm 140 Krankenkassen an, davon 109 Orts- und 30 Landkrankenkassen. Durch Beschluß wurde den Kassen empfohlen, die Musterdienstordnung des Verbandes einzuführen und den Kassenangestellten die gleichen Teuerungszulagen zu zahlen, wie sie der Staat gewährt. Im weiteren wurde in den Verhandlungen bedauert, daß die Regierung, ohne mit den Kassen Rücksprache zu nehmen, die ärztliche Mindesttaxe um 50 v. H. erhöhte.

Eine Gesamttagung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften

fand am 6. September d. J. in Nürnberg statt. Den Anlaß dazu bot die von dem Ständigen Ausschusse vorgeschlagene Erhöhung der durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstsätze der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter als Kriegsmaßnahme. Hierzu wurde beschlossen:

„Die Gesamttagung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ersucht den Ständigen Ausschuß,

I. bei dem Reichswirtschaftsamt dahin vorstellig zu werden, daß eine Erhöhung der durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstsätze für land- und forstwirtschaftliche Arbeiter um 30 v. H. der gegenwärtig bestehenden Sätze als Kriegsmaßnahme durch Bundesratsverordnung auf Grund des Ermächtigungsgesetzes vom 4. August 1914 eingeführt werde. Diese Kriegsmaßnahme soll bis zu einem in der Verordnung festzusetzenden Zeitpunkt in Kraft bleiben, wofür das Ende des zweiten Jahres nach Ablauf desjenigen Jahres, in dem der Krieg beendet ist, empfohlen wird. Auszunehmen werden von der Kriegsmaßnahme diejenigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sein, für deren Bezirke die Oberversicherungsämter bereits während der Kriegszeit auf Grund des § 936 RVO. Neufestsetzungen der durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstsätze vorgenommen haben. Während der Gültigkeitsdauer der Kriegsmaßnahmen werden Neufestsetzungen der Oberversicherungsämter auf Grund des § 936 RVO. auszuschließen sein.

II. Der Ständige Ausschuß wird ferner ersucht, das Reichsversicherungsamt zu bitten, bei dem Reichswirtschaftsamt dafür einzutreten, daß dieses die bundesstaatlichen Regierungen ersuche, ihre Oberversicherungsämter allgemein anzuweisen, künftig vor jeder Änderung der durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstsätze der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften zu hören.“

Die übrigen Verhandlungsgegenstände beschränkten sich auf die Berichterstattungen des Ständigen Ausschusses. So wurde ein zusammenfassender Vortrag gehalten über „Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in der Kriegszeit“; weiter wurde die Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 über die Gewährung zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung erörtert und dazu beschlossen:

„I. Im Falle der Erstreckung der Gültigkeitsdauer der Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung über das Jahr 1918 hinaus, ist es ein Gebot der Billigkeit, den Unfallversicherungsträgern die Tragung der finanziellen Last für die Rentenzulagen abzunehmen, die mit der Entschädigungspflicht für die Folgen der Betriebsunfälle in keinem Zusammenhange gebracht werden können.

Wenn die in der langen Kriegszeit durch die allgemeine Teuerung verursachte Erschwerung der Lebenshaltung die Gewährung von Beihilfen an einen größeren Teil der Rentenempfänger der Arbeiterversicherung zur unabweisbaren Pflicht macht, so kann die Beseitigung oder Linderung dieser als Kriegsfolge eingetretenen Notlage nicht bestimmten Berufsschichten, sondern allein der Gesamtheit des Volkes auferlegt werden.

Dementsprechend hat auch der Reichstag wiederholt für den Beihilfezweck die Bereitstellung von Reichsmitteln gefordert. Auch die Reichsregierung hat bis zum Sommer vergangenen Jahres diesen Rechtsstandpunkt anerkannt, dann freilich in den Bundesratsverordnungen vom 3. und vom 17. Januar 1918 verlassen.

Ihm vom kommenden Jahre ab wiederum Geltung zu verschaffen, halten die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Übereinstimmung mit den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Landesversicherungsanstalten für geboten.

II. Die Gesamttagung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften hält einmütig die Notwendigkeit für gegeben, daß, um die Ausführung der Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 noch vor Ablauf ihrer Gültigkeitsdauer sicher zu stellen, das Reichsversicherungsamt die bestehenden Zweifelsfragen im Wege der Ergänzung seiner unter dem 24. Januar 1918 erlassenen Ausführungsbestimmungen löse.

III. Der Ständige Ausschuß wird beauftragt, diese Entschließungen zur Kenntnis des Reichswirtschaftsamts und des Reichsversicherungsamts zu bringen.“

Sodann wurden die mehrfachen, schließlich aber ergebnislos gebliebenen Versuche, „die berufsgenossenschaftliche Abgrenzung der Gemüsebaubetriebe“ zwischen der Gartenbau-Berufsgenossenschaft und den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften durch Festlegung einfacher Merkmale zu erreichen, dargelegt und die vom Reichs-Postamt vorgeschlagenen Änderungen der Postabrechnung erörtert, denen die Berufsgenossenschaften, dem Standpunkte ihres Ständigen Ausschusses zustimmend, nicht beipflichten konnten. Zum Schlusse wurden eine Reihe kleinerer Mitteilungen gemacht, die teilweise zu lebhaftem Meinungsaustausch führten.

Abkommen zwischen Krankenkassen und Apothekern.

Die fünf großen Verbände deutscher Krankenkassen haben mit dem Deutschen Apothekerverein zur Schlichtung von Streitigkeiten folgendes Abkommen geschlossen:

I. Bei Meinungsverschiedenheiten, die sich aus Verträgen zwischen Krankenkassen und Apothekern oder bei der Durchführung dieser Verträge ergeben, soll zunächst durch einen Verständigungsausschuß eine gütliche Erledigung versucht werden.

Der Ausschuß besteht aus drei Vertretern der mit der Kasse (den Kassen) im Vertragsverhältnis stehenden Apotheker und aus drei Vertretern der beteiligten Kasse (Kassen). In dem Ausschuß führt abwechselnd ein Vertreter der Apotheker und der Kasse (Kassen) den Vorsitz.

II. Wird eine Verständigung nicht erzielt, so ist ein unparteiischer Obmann zu wählen, der über die Krankenversicherung näher unterrichtet sein muß. Ist eine Wahl wegen Stimmengleichheit nicht möglich, so soll der Leiter des für die Kasse (Kassen) zuständigen Versicherungsamtes um Übernahme der Stelle als Obmann oder um Bestellung eines Obmannes gebeten werden. Der Ausschuß wirkt in dieser Zusammensetzung als Schiedsausschuß.

Die Entscheidungen des Schiedsausschusses sind endgültig und für beide Teile bindend.

III. Führen Verhandlungen über neue Verträge zu keinem Ergebnis, so soll der Verständigungsausschuß als Einigungsausschuß versuchen, eine Vereinbarung herbeizuführen.

Wird eine solche auf diesem Wege nicht erreicht, so sollen die in Betracht kommenden Apotheker den Deutschen Apotheker-Verein und die Kasse (Kassen) den zuständigen Krankenkassen-Hauptverband benachrichtigen. Diese Hauptvereinigungen werden bestrebt sein, einen friedlichen Ausgleich herbeizuführen. Solange eine endgültige Erklärung der Hauptvereinigungen zu der Angelegenheit nicht vorliegt, dürfen die Apotheker und die Kasse (Kassen) keinerlei Kampfmaßnahmen oder dergleichen treffen.

IV. Die Tätigkeit der Mitglieder des Ausschusses geschieht in allen Fällen ehrenamtlich. Eine etwaige Entschädigung hat jede Partei für ihre Mitglieder zu übernehmen. Sonstige besondere Kosten können dem unterlegenen Teile oder beiden Parteien auferlegt werden.

Die Ortskrankenkassen im Jahre 1917.

Langsamer und spärlicher als sonst erscheinen in diesem Jahre die Geschäftsberichte der Krankenkassen. Auch eine Folge des Krieges. Die Arbeitskräfte der Kassenverwaltungen sind stark gelichtet und überlastet, die technische Herstellung der Berichte infolge des Papiermangels und ähnlicher Gründe ist schwierig. Daneben soll an allen Ecken die „altpreußische Sparsamkeit“ mehr gepflegt werden. Kein Wunder also, daß die Berichte „quantitativ“ einen Rückgang erfahren haben. Aber nicht in ihrem Inhalt. Was sie zu sagen haben, ist geeignet, gesteigerte Aufmerksamkeit zu beanspruchen. Zeigen sich doch die Wirkungen des Krieges immer deutlicher und vielgestaltiger, und sind doch die Kassen immer mehr gezwungen, ihre Einrichtungen darauf zuzuschneiden. So sind im allgemeinen die Berichte lehrreicher als je zuvor.

Werfen wir noch einen Blick auf die Gestalt der Berichte, so ist festzustellen, daß ihr Umfang durchgehends eine erhebliche Einschränkung erfahren hat. So gibt die OKK. Jena nur auf drei Seiten kleinen Formats die Einnahmen und Ausgaben und die Mitgliederbewegung bekannt und behält sich eingehende Berichterstattung für die Zeit nach dem Kriege vor. Das gleiche Verfahren schlägt die OKK. Apolda ein, die in früheren Jahren immer recht anschauliche Berichte herausgab. Die OKK. Pirna bringt ebenfalls nur auf zwei Seiten den Rechnungsabschluß und einige Zahlen über die Mitgliederbewegung. Eine Anzahl Kassen, und zwar auch große, geben überhaupt keinen besonderen gedruckten Bericht mehr heraus. Wir meinen, ein in kurzen Strichen, ohne Überladung mit Ziffern, gegebenes anschauliches Bild über die wichtigsten Kassenvorgänge sollte wohl jeder größeren Kasse möglich sein.

Die Mitgliederbewegung zeigt bei fast allen Kassen ein recht gleichartiges Bild: es blieben die Mitgliederbestände überall ungefähr dieselben. Um nur ein Beispiel herauszugreifen: bei der OKK. Offenbach a. M. erhöhte sich die durchschnittliche Mitgliederzahl von 27 472 im Jahre 1916 auf 28 549 im Jahre 1917. Bei der Allgem. OKK. Weimar steigerte sich die Mitgliederzahl nur von 10 282 im Jahre 1916 auf 10 464 im Jahre 1917. Natürlich ist auch diese Regel nicht ohne Ausnahme. Es gibt auch Kassen, die erheblich an Mitgliedern zunahmen, wie z. B. die OKK. Riesa, die infolge der Rüstungsindustrie während des Krieges einige tausend Mitglieder gewann. Bei der OKK. München erhöhte sich die Mitgliederzahl von 182 482 im Jahre 1916 auf 190 253 im Jahre 1917.

Die Abnahme der männlichen und die Zunahme der weiblichen Mitglieder hat im allgemeinen fortgedauert. Welche absonderlichen Zustände in der Zusammensetzung der Mitgliederzahlen sich ergeben haben, zeigt die Allgem. OKK. Posen, die am Jahresschluß 221 männliche und 10 249 weibliche Mitglieder besaß. Die Mitgliederzahl der OKK. für das Bekleidungsgewerbe in Hamburg (10 400) besteht zu 19,6 v. H. aus männlichen und zu 80,4 v. H. aus weiblichen Personen. Die Allgem. OKK. Goslar zählt 958 männliche und 2440 weibliche Mitglieder. Trotz des Hilfsdienstgesetzes hat die „Seßhaftigkeit“ wenigstens der weiblichen Beschäftigten nicht zugenommen. Die OKK. für Buchdrucker in Berlin berichtet, daß trotz des niedrigen Mitgliederstandes (die männlichen Mitglieder verminderten sich um über 1200) die Mitgliederbewegung (An- und Abmeldungen) so umfangreich wie nie zuvor war. Das galt namentlich von den über 1000 vermehrten weiblichen Versicherten. Bei der OKK. Altona stieg die Zahl der täglich zu bearbeitenden Meldungen von 420 im Jahre 1916 auf 498 im Jahre 1917.

Die Zahl der Krankheitsfälle ist fast überall gestiegen. Die durch die jahrelange Kriegsdauer hervorgerufenen ungünstigen Verhältnisse, insbesondere die mangelhafte Ernährung und seelischen Erregungen haben den Gesundheitszustand der Mitglieder — so schreibt wörtlich die OKK. der Stadt Leipzig — nachteilig beeinflußt. Entkräftung und Unterernährung in Verbindung mit Magen- und Darmkrankheiten wurden in vielen Fällen als Ursache der Erwerbsunfähigkeit angesehen, woraus sich (bei der genannten Kasse) die Zunahme der Krankheitsfälle von 54 066 im Jahre 1916 auf 68 768 im Jahre 1917 ergab. Die Kasse mußte annähernd eine Million Mark der Rücklage entnehmen. Ähnliche Klagen stellen fast alle Kassen an. Die Zunahme der Krankheitshäufigkeit führte auch, wenn nicht der nötige geldliche Ausgleich geschaffen wurde, zu teils recht ungünstigen Kassenabschlüssen. Eine übergroße Zahl von Kassen weist Fehlbeträge auf.

Die OKK. Wiesbaden schreibt, daß kein Jahr seit Bestehen der Kasse ein so ungünstiges Ergebnis wie das Jahr 1917 gezeitigt habe. Es brachte einen Fehlbetrag von 97 040 *M*. Für Krankenhilfe mußten bei gleicher Mitgliederzahl 135 000 *M* mehr aufgewendet werden. Die OKK. Straßburg i. E. sagt ebenfalls, daß das Jahr 1917 ungünstiger abschloß als je ein Jahr zuvor seit Bestehen der Kasse. Die Kriegswirkungen hätten in überaus nachteiliger Weise die Geschäftsergebnisse beeinträchtigt. Bei der OKK. für die Stadt Wurzen erhöhte sich die Ausgabe an Krankengeld von 36 282 auf 72 705 *M*, also genau auf den doppelten Betrag. Ohne eine Erhöhung der Beiträge auf 4 v. H. wäre die Kasse in die schlimmste Lage gekommen. Die OKK. Barmen hatte infolge der gestiegenen Krankheitsziffer trotz erheblicher Mehreinnahmen einen Fehlbetrag von 127 677 *M*. Bei der OKK. Detmold, einer kleinen Kasse, verminderte sich das Kassenvermögen von 23 111 auf 16 805 *M*. Die OKK. Pforzheim hatte eine Abnahme ihres Vermögens um 101 548 *M* zu verzeichnen. Die Zahl der Krankheitstage hat sich annähernd verdoppelt. Es werden namentlich die Mehrausgaben für die beitrittsberechtigten Mitglieder hervorgehoben. Bei der OKK. Liegnitz erhöhte sich durch Vermehrung des Krankenbestandes die Ausgabe für Krankengeld von 147 634 auf 211 409 *M*. Bei der OKK. Plauen vermehrten sich allein die mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Magen- und Darmerkrankungen von 659 im Jahre 1916 auf 1373 im Jahre 1917. Die Aufwendungen an Krankengeld erhöhten sich um 73 114 *M*. Die OKK. Chemnitz berichtet von zwei Epidemien von Oedemen und Darmkatarrhen, die den Krankenbestand außerordentlich erhöhten und eine Mehrausgabe von 327 000 *M* an Krankengeld erforderten. Die Allgem. OKK. Magdeburg berichtet ebenfalls von außerordentlich gestiegenen Ausgaben für Krankengelder. Sie erhöhten sich von 13,34 *M* je Mitglied im Jahre 1916 auf 28,92 *M* im Jahre 1917. Die Allgem. OKK. Aue i. Erzgeb. berichtet von zahlreichen Magen- und Darmerkrankungen, so daß das Krankengeld um 70 v. H. stieg. Es entstand ein Fehlbetrag von 7049 *M*.

Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mitglieder meldet weiter noch die OKK. Erlangen. Im übrigen trat bei ihr auch die meist gemachte Beobachtung in die Erscheinung, daß die Männer zwar häufiger wie die Frauen, dafür letztere aber länger krank und erwerbsunfähig waren. Die Kasse nahm zahlreiche vertrauensärztliche Nachuntersuchungen vor. Bei der OKK. Hameln schwoll in der ersten Hälfte des Jahres 1917 die Krankenziffer derart an, daß sie 50 v. H. mehr Krankengeld auszahlen mußte als im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Auch die OKK. Osnabrück gab im ersten Halbjahr 25 000 *M* bei gleicher Mitgliederzahl mehr aus als in derselben Zeit des Vorjahres. Auffallend groß war die Zahl der Krätzekranken, so daß es nicht möglich war, die nötigen Kuren in den Krankenhäusern durchzuführen. Eine erhebliche Steigerung der Zahl der Erkrankungsfälle trat auch bei der OKK. Uelzen ein, die um so auffälliger sei, als bei den guten Arbeits- und Verdienstverhältnissen das Simulantentum fast gar nicht in die Erscheinung trete. Bei der OKK. für Klempner und Mechaniker in Hamburg stieg bei genau gleichgebliebener Mitgliederzahl die Zahl der Erkrankungsfälle von 6996 im Jahre 1916 auf 8610 im Jahre 1917, die Krankengeldausgabe von 103 737 auf 130 418 *M*. Besonders zahlreich waren die Betriebsunfälle. Bei der OKK. Gelsenkirchen stiegen die Krankengeldausgaben um 24 000 *M*, das ist um 35 v. H. Da auch die Krankheitshäufigkeit der Familienangehörigen sich vermehrte, wurde der Zusatzwochenbeitrag für die Familienhilfe von 24 auf 30 Pfg. hinaufgesetzt. Die OKK. für den Landkreis Bochum hebt die Steigerung der Krankenziffer besonders hervor (von durchschnittlich 2,54 auf 2,79 v. H.). Gleichwohl beschloß die Kasse, für die Familienhilfe Zusatzbeiträge nicht mehr einzuheben. Die OKK. Freiberg hatte eine Mehrausgabe an Krankengeld von 96 622 *M*; je Mitglied stieg diese Ausgabe von 11,50 *M* im Jahre 1916 auf 21,95 *M* im Jahre 1917. Die OKK. für die Stadt Bochum hatte eine Mehrausgabe an Krankengeld von 65 274 *M*, das ist gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme um 47,7 v. H. Trotzdem wurde Ende des Jahres eine Teuerungszulage zum Krankengeld von 10 v. H. beschlossen. Bei der OKK. Cottbus vermehrten sich bei etwa gleichgebliebener Mitgliederzahl die Erwerbsunfähigkeitsfälle von 4386 im Jahre 1916 auf 6515 im Jahre 1917. Dadurch war eine Mehrausgabe an Krankengeld von rund 80 000 *M* erforderlich. Die OKK. Königsberg berichtet von Fehlbeträgen, weil durch Zunahme der Krankentage sich die Krankengeldzahlung gegenüber dem Jahre 1915 um 277 000 *M* oder 75 v. H. erhöhte. Gegen die längere Krankheitsdauer sei vergeblich mit vermehrten Nachuntersuchungen angekämpft worden. Bei der OKK. Loschwitz und Blasewitz verminderte sich die Mitgliederzahl um über 400, dagegen vermehrten sich die erwerbsunfähigen Kranken um 23,5 v. H. Die Kasse mußte 36 000 *M* zusetzen.

Bei der Allgem. OKK. für die Stadt Cöln erhöhten sich trotz geringer Verminderung der Mitgliederzahl die Ausgaben an Krankengeld von 990 891 *M* im Jahre 1916 auf 1 441 312 *M* im Jahre 1917, also um annähernd eine halbe Million Mark. Zum größten Teil ist das auf die gestiegene Krankenziffer, im übrigen auf die Verschiebung der Mitglieder in höhere Stufen zurückzuführen. Die Allgem. OKK. für Rudolstadt-Land hatte bei nur 1770 Mitgliedern eine Mehrausgabe an Krankengeld von 10 000 *M* gegenüber dem Vorjahr. Eine Beitragserhöhung von 4 auf 4½ v. H. reichte nicht aus, um die Mehrausgaben zu decken. Bei der OKK. für kaufmännische Geschäfte in Hamburg verminderte sich die Mitgliederzahl von 59 321 auf 54 512, die Erkrankungsfälle vermehrten sich aber von 24 715 auf 26 859. Die OKK. Offenburg hatte trotz Erhöhung der Beiträge auf 4½ v. H. einen ungünstigen Abschluß. Die Krankengelder stiegen auf 32 v. H. der Beitragseinnahmen. Eine Abnahme des Vermögens infolge ungünstiger Gesundheitsverhältnisse der Mitglieder verzeichnen noch die OKK. Limburg, Großschönau (6562 *M* bei 2695 Mitgliedern), Meerane, Schwerte, Reichenau usw.

Die Kriegsteilnehmer, und zwar sowohl die Weiterversicherten als auch die vielen in das Erwerbsleben Eingetretenen, bringen den Krankenkassen eine wachsende Belastung. Die OKK. Straßburg gab für Krankheitsfälle von Kriegsteilnehmern bis Ende 1917 die Summe von 405 000 *M* aus. Die OKK. München gab allein im Jahre 1917 für verwundete, erkrankte oder verstorbene Kriegsteilnehmer die Summe von 602 216 *M* aus. Diese hohen Aufwendungen haben ihre Ursache darin, daß eine große Zahl von Arbeitgebern für ihre zum Heeresdienst eingezogenen Angestellten und Arbeiter die Beiträge freiwillig wei-

terzahlte. Die OKK. Lüdenscheid (11000 Mitglieder) hatte im Jahre 1917 für 361 erkrankte Kriegsteilnehmer 38462 M am Krankengeld aufzuwenden. Die Dauer der Krankheitsfälle betrug bei den Kriegsteilnehmern 56,1 Tage gegen 25,7 bei den übrigen Mitgliedern. Bei der OKK. Zwischenahn sind sämtliche verheiratete Mitglieder zum niedrigsten Beitrag versichert geblieben; da die Kasse Familienhilfe gewährt, kam die Einrichtung namentlich den Familienangehörigen zugute. — Im allgemeinen wird von dem Rechte der freiwilligen Weiterversicherung durch Kriegsteilnehmer wenig Gebrauch gemacht. Die OKK. Rosenheim-Stadt bemängelt, daß Kassen jetzt schon von der Heeresverwaltung gern Kranke aufgebürdet werden, die zu heilen eigentlich Sache des Staates wäre. (Schluß folgt.)

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Verhältnis satzungsmäßiger Wochenhilfe zu den Leistungen nach § 8 der Bek. vom 3. Dezember 1914.

1. **Nach X.** Antwort: Unter den Voraussetzungen des § 8 der Bek. vom 3. Dezember 1914 hat die Kasse versicherten Wöchnerinnen die Entbindungsbeihilfe, die Schwangerschaftsbeihilfe und das Stillgeld nach § 3 Ziff. 1, 2, 4 der Bek. zu gewähren, „auch wenn die Satzung solche Mehrleistungen nicht vorsieht". Das bedeutet, daß etwaige satzungsmäßige Mehrleistungen selbstverständlich unberührt bleiben, also von der Kasse zu gewähren sind, daß aber, soweit solche Leistungen in der Satzung überhaupt nicht oder nicht in dem durch § 3 der Bek. bestimmten Maße vorgesehen sind, die Kasse diese Leistungen bis auf jenes Maß zu ergänzen hat. Die Versicherte soll mindestens die Leistungen nach der Bek. erhalten, ohne satzungsmäßige Ansprüche, die darüber hinausgehen, einzubüßen. Wenn nun Ihre Satzung allen weiblichen Versicherten ärztliche Geburtshilfe, die bei der Niederkunft von der Hebamme erfordert wird, und außerdem für die Hilfe einer Hebamme bei der Entbindung eine Vergütung von 10 M zusichert, während nach Ziff. 1 der § 3 der Bek. lediglich 25 M zu den Kosten der Entbindung beizutragen sind, so läßt sich nicht allgemein sagen, ob dieser Betrag hinter dem Werte der satzungsmäßigen Leistung zurückbleibt, weil die Kosten der ärztlichen Geburtshilfe sich je nach den Umständen des Falles verschieden bemessen werden. Deshalb wird man der Versicherten im Einzelfalle die Wahl lassen müssen zwischen dem Barbetrage von 25 M oder jenen satzungsmäßigen Leistungen.

Milchhändler als „Angestellte" der städtischen Milchversorgungsstelle?

2. **Nach Cr.** Frage: Zu den von der hiesigen Stadtverwaltung ergriffenen Maßnahmen betreffend die Lebensmittelversorgung gehört auch die Milchversorgung. Es ist nun die Frage zu prüfen, ob die bisher selbständigen Milchhändler, welche nach einer vom Milchamt erlassenen Anweisung die Milch innerhalb des ihnen zugewiesenen Kundenkreises verteilen, als in abhängiger Stellung befindlich zu betrachten und daher versicherungspflichtig sind. Wir bitten, uns Ihre Ansicht mitzuteilen.

Antwort: Die Frage ist zu verneinen. Wie in der Friedenszeit schon die Ausübung mancher Gewerbe durch gesetzliche oder polizeiliche Bestimmungen mehr oder minder weitgehend beschränkt ist, ohne daß dadurch die Gewerbtreibenden in wirtschaftliche Abhängigkeit im versicherungsrechtlichen Sinne geraten, so verhält es sich hier mit dem selbständigen Betriebe der Milchhändler, die im Hinblick auf die Kriegsverhältnisse bei Ausübung ihres Gewerbes gewissen Weisungen der zuständigen städtischen Stelle unterworfen sind. Diese Stelle wird dadurch nicht zum Arbeitgeber der Milchhändler, und dieser wird nicht zum Angestellten jener Stelle, sondern bleibt selbständiger Gewerbtreibender und daher versicherungsfrei.

Anrechnung von Kriegsdienstzeiten in der Invalidenversicherung.

3. **Nach Aachen.** Frage: Wir nehmen Bezug auf die Auskunft in ArbVers. 1918 Heft 18 S. 360 Ziff. 6 und erlauben uns, hierzu folgendes zu bemerken: Nach dem Wortlaut der Auskunft muß angenommen werden, daß die beurlaubten und in Privatbetrieben gegen Lohn beschäftigten Soldaten invalidenversicherungspflichtig, aber beitragsfrei sind. Nach diesseitiger Auffassung sind die vorerwähnten Soldaten nicht beitragsfrei, und haben wir seit Kriegsbeginn auch stets Beiträge für dieselben eingezogen. Wir stützen uns hierbei auf Ziff. 28 Abs. 2 der Anleitung des RVA. über den Kreis der nach der RVO. versicherungspflichtigen Personen, wonach bei außerdienstlicher Beschäftigung die Versicherungspflicht wieder eintritt. Eine Bestimmung aber, wonach diese als „versicherungspflichtig" erklärte Beschäftigung beitragsfrei sein soll, ist uns unbekannt. Vielleicht liegt ein Druckfehler vor, insofern der Vordersatz heißen muß: „Soweit sie hiernach nicht versicherungspflichtig sind."

Antwort: Wir können das Bedenken gegen unsere Auskunft nicht als begründet anerkennen. Die Berufung auf § 28 der Anleitung ist verfehlt, weil es sich dort nur um die Frage der Versicherungspflicht, nicht um die Beitragspflicht handelt. Die Beitragsfreiheit aus § 1393 RVO. oder § 1 der Bek. v. 29. 12. 1915 bestimmt sich lediglich nach diesen Vorschriften und ist, sofern nur das Militärdienstverhältnis besteht, unabhängig davon, ob zugleich ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis besteht oder nicht.

Es ist insbesondere anerkannt, daß die beitragsfreie Anrechnung unbedenklich ist, wenn während der Militärdienstzeit das Arbeitsverhältnis des Versicherten nicht aufgelöst ist, sondern Lohn oder Gehalt fortgezahlt wird (Hanow, Anm. 4 zu § 1393 RVO.). Das Gleiche muß auch in dem umgekehrten Falle gelten, wenn eine Militärperson eine versicherungspflichtige Beschäftigung gegen Lohn ausübt, während das militärische Dienst**verhältnis** fortbesteht und nur die tatsächliche Dienstleistung ruht.

Weiterversicherung auf Grund formaler Mitgliedschaft des § 315 RVO. Überweisung an die ursprünglich zuständige Kasse?

4. Nach X. Antwort: § 315 RVO. spricht in der Tat nur von Versicherungspflichtigen. Aber doch offenbar in dem Sinne, daß die Versicherungspflicht während der drei Monate bestanden haben muß, für die die Beiträge ununterbrochen und unbeanstandet angenommen worden sind. Ist diese Voraussetzung erfüllt, so gilt der Versicherte als Mitglied der Kasse, und aus dieser Mitgliedschaft ergeben sich für ihn alle Rechte und Pflichten, wie aus einer ordnungsmäßig begründeten Mitgliedschaft. Der Versicherte soll sich darauf verlassen können, daß sie zu Recht besteht, und ihm dürfen aus ihrer fehlerhaften Begründung keine Nachteile entstehen. Das muß aber auch für alle Rechte gelten, die mittelbar aus einer ordnungsmäßigen Pflichtmitgliedschaft hergeleitet werden, also auch für die Weiterversicherung. Stellt sich nach Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und nach Beginn der Weiterversicherung heraus, daß die Kasse unzuständig war, so muß diese den Versicherten auch als freiwilliges Mitglied anerkennen; denn anderenfalls würde er dadurch, daß die unzuständige Kasse ihn als Pflichtmitglied führte, seines Rechts auf Weiterversicherung verlustig gehen. Dagegen neigen wir der Ansicht zu, daß nunmehr das weiterversicherte Mitglied nicht mehr an die Kasse verwiesen werden kann, die für die Pflichtmitgliedschaft zuständig gewesen war. Diese bestimmt sich regelmäßig nach dem Ort und der Art der Beschäftigung; darum ist auch im Falle des § 315 RVO. jederzeit noch eine Überweisung von der ersten Kasse an die zuständige zulässig. Das Recht zur Weiterversicherung besteht aber bei derjenigen Kasse, deren Pflichtmitglied der Versicherte bisher gewesen ist. Im Falle des § 315 besteht die Pflichtmitgliedschaft tatsächlich bei der anfangs unzuständigen Kasse, und darum muß diese den Versicherten auch als freiwilliges Mitglied, solange er es bleiben will, anerkennen. Es ist nicht angängig, jemanden als Weiterversicherten einer Kasse aufzudrängen, deren Pflichtmitglied er nicht gewesen ist.

Militärdienstzeiten als Beitragszeiten in der Invaliden- und in der Angestelltenversicherung.

5. Nach Mannheim. Antwort: Durch § 1393 Ziff. 1 und 2 RVO. ist in der Invalidenversicherung schlechtweg das Erfordernis der Beitragszahlung für den Militärdienst ausgeschlossen, so daß auch ohne sie die Dienstzeit als Beitragswochen anzurechnen ist. Hierbei macht es keinen Unterschied, ob ein Arbeitsverhältnis besteht und Lohn gezahlt wird oder nicht (vgl. Hanow-Lehmann, IV. Buch der RVO., Anm. 4 zu § 1393). Demnach brauchen für Soldaten, die während eines Urlaubs eine an sich versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, keine Beiträge zur Invalidenversicherung entrichtet zu werden. Die Militärdienstwochen werden also in der Invalidenversicherung auf die Wartezeit angerechnet, verhindern das Erlöschen der Anwartschaft und steigern die Rente. Anders in der Angestelltenversicherung. Hier findet die Anrechnung der Militärmonate nur als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15 und 49 Angest.-VersG. statt, also nur für die Erlangung des Rechts auf freiwillige Weiterversicherung und für die Erhaltung der Anwartschaft (§ 51 AVG.); in diesen Fällen brauchen Beiträge auch dann nicht entrichtet zu werden, wenn ein Angestelltenverhältnis besteht und Gehalt gezahlt wird. Soweit aber die Berechnung der Wartezeit und der Leistungen (Ruhegeld, Hinterbliebenenbezüge usw.) in Frage kommt, gelten die Militärmonate nicht als Beitragswochen. Soll also die Wartezeit zurückgelegt werden und sollen die etwaigen Leistungen sich erhöhen, so müssen in der Angestelltenversicherung auch für die Militärdienstzeit Beiträge entrichtet werden.

Geltung des Abkommens zur Durchführung der §§ 219, 220, 222 RVO.

6. Nach Bl. Antwort: Selbstverständlich gilt das Abkommen (ArbVers. 1916 S. 835, auch 1918 S. 116) nur im Verhältnis derjenigen Krankenkassen, die ihm beigetreten sind. Es ist also nur anwendbar, wenn **beide** im Einzelfalle beteiligte Kassen dem Abkommen beigetreten sind. Im vorliegenden Falle fordert daher die ersuchte Kasse, die dem Abkommen nicht beigetreten ist, mit Recht auf Grund des § 222 RVO. drei Achtel des Grundlohns als Ersatz für die Krankenhilfe, ohne Rücksicht auf die Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

Kassenzugehörigkeit von Holzarbeitern.

7. Nach Schl. Antwort: Die **lediglich zur Fällung von Holz**, also zu einer rein forstwirtschaftlichen Tätigkeit angestellten Arbeiter gelten allerdings als im Forstwirtschaftsbetriebe beschäftigt, auch wenn die Fällung im Auftrag eines Gewerbtreibenden erfolgt. Wird aber das Holz für Rechnung eines Gewerbtreibenden nicht nur gefällt, sondern auch bearbeitet und abgefahren, so sind diese gesamten Arbeiten nicht dem forstwirtschaftlichen, sondern dem gewerblichen Betriebe zuzurechnen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 417 RVO.). Für den vorliegenden Fall ergibt sich aus den schriftlichen Mitteilungen der Arbeiter, daß sie für die Holzhandlung W. Str. nicht nur mit dem Fällen, sondern auch mit dem Bearbeiten des Holzes im Walde und mit dem Schneiden und Verladen auf den Bahnhöfen oder an anderen Arbeitsstellen beschäftigt werden. Einzelne geben an, daß sie „bis jetzt" oder „augenblicklich" nur im Walde beschäftigt sind; aber gerade dies läßt erkennen, daß auch sie keineswegs **nur** für Waldarbeiten angenommen sind. Dies ist für die Beurteilung des Beschäftigungsverhältnisses entscheidend. Es kommt nicht sowohl auf die tatsächliche bisherige Inanspruchnahme des einzelnen Arbeiters an, als vielmehr auf die Natur der Gesamtarbeit, um die es sich handelt. Diese ist weder räumlich auf den Wald noch sachlich auf das Fällen des Holzes beschränkt, sondern sie erstreckt sich auf Verrichtungen, die ihrer Natur nach nicht der Bewirtschaftung des Forstes, sondern dem Gewerbebetriebe der Holzhandlung zugehören. Die Arbeiter haben daher der Allgem. Ortskrankenkasse, nicht der Landkrankenkasse anzugehören.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Froschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1223 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 11. Oktober 1918. Heft 29

Die Landkrankenkassen und ihre Leistungen.

Von Regierungsrat Fuisting in Berlin-Lichterfelde.*)

Die Einführung der Landkrankenkassen und ihre Stellung im Vergleich zu den übrigen Trägern der Krankenversicherung erklärt sich aus der historischen Entwicklung der Krankenversicherung für die landwirtschaftlich Beschäftigten und die Dienstboten. Vor dem Inkrafttreten der RVO. bestand in der versicherungsrechtlichen Stellung der Angehörigen gerade dieser Berufszweige in den einzelnen Bundesstaaten des Deutschen Reichs ein buntes Durcheinander und große Ungleichheit. In Bayern und Württemberg gab es eine besondere landesrechtliche Krankenversicherung für landwirtschaftlich Beschäftigte, anderwärts waren sie durch die Landesgesetzgebung oder durch statutarische Bestimmungen der Gemeinden oder Gemeindeverbände der reichsgesetzlichen Krankenversicherung unterworfen, in anderen Bezirken wieder entbehrten sie ganz der Versicherung und waren auf die Fürsorge des Arbeitgebers angewiesen, die entweder auf Grund des Arbeitsvertrags oder ohne Rechtspflicht, oder auch überhaupt nicht geleistet wurde. Ebenso versagte bei der Natur der ländlichen Verhältnisse die Armenpflege oft in der Krankenfürsorge. Für die Dienstboten bestanden ebenfalls Ungleichheiten, nur daß für sie durch § 617 BGB. wenigstens eine gewisse privatrechtliche Fürsorge getroffen war. Sie erstreckte sich aber nur auf die Dauer von 6 Wochen und entsprach daher nicht dem, was die reichsgesetzliche Versicherung bietet.

Hier hat die RVO. in der grundlegenden Regelung einen gewaltigen Schritt vorwärts getan, indem sie den Angehörigen der bezeichneten Berufszweige den Anspruch auf Krankenfürsorge in einem gewissen Mindestumfange gewährte. Rücksichten wirtschaftlicher und politischer Art, gewisse Schwierigkeiten in der Durchführung zwangen aber den Gesetzgeber zu mannigfachen Ausnahmen. Die Verhältnisse in der Landwirtschaft weichen in den verschiedenen Gegenden des deutschen Vaterlandes sehr voneinander ab; zum Teil ist noch die Naturalwirtschaft weitgehend durchgeführt, ihr entspricht ein engeres Verhältnis des Arbeiters zur Gutsherrschaft, das sozialpolitisch erwünscht ist. Die Krankenversicherung dagegen ist auf Geldwirtschaft abgestellt. Von ihrer Durchführung im übrigen gesetzlichen Rahmen befürchtet man eine Gefährdung der Naturalwirtschaft. Anderwärts wieder ist oder war wenigstens vor dem Kriege die Leistungsfähigkeit der Landwirtschaft eine geringe und verlangte gegenüber Arbeitgeber und Arbeitnehmer schonende Rücksicht, die sich mit der regelmäßigen Beitragspflicht

---

*) Vortrag auf der 4. ordentlichen Hauptversammlung des Allgemeinen Verbandes Deutscher Landkrankenkassen am 27. Juni 1918, mit Ermächtigung des Verfassers aus Nr. 14/15 der „Mitteilungen" des genannten Verbandes hier abgedruckt.

gegenüber der Krankenkasse nicht immer vereinbaren ließ. Für die Leistungen der Krankenkasse wiederum mußte Rücksicht genommen werden auf die besonderen Verhältnisse des Landes, die weiten Entfernungen, die damit zusammenhängenden Schwierigkeiten und Kosten ärztlicher Besuche, der Krankenüberwachung und der Einweisung in die Krankenhäuser. Für den Aufbau der Kassen kam in Betracht, daß bei einer Vereinigung der in der Selbstverwaltung ungeschulten ländlichen Arbeiter mit den gewerblichen Arbeitern der Einfluß jener leicht in den Hintergrund gedrängt werden konnte und daß für die Versicherung der Dienstboten aus der gemeinsamen Teilnahme von Herrschaft und Gesinde an der Kassenverwaltung Unzuträglichkeiten besorgt wurden. Aus alledem erklärt es sich, daß besondere auf solche Rücksichten und Bedürfnisse zugeschnittene Versicherungsträger in Gestalt der Landkrankenkassen errichtet werden mußten, daß aber auch sie nicht den eigenartigen Verhältnissen aller Beteiligten angepaßt werden konnten; deshalb wurden Befreiungen von der Versicherungspflicht und Ermäßigungen in Beiträgen und Leistungen zugelassen, und den Satzungsbestimmungen wurde weiter Spielraum gewährt. So ergibt Wesen und Wirken der Landkrankenkassen ein buntes Bild, das durch die Eingliederung der unständigen Arbeiter — wenigstens zum Teil gehören sie hinein —, durch die Zugehörigkeit der im Wandergewerbbetriebe Beschäftigten und der, für die Kriegsdauer allerdings wieder ausgeschalteten, Hausgewerbtreibenden nur neue Farben erhält.

So zeigen sich hier, nicht wie sonst, die festen und geraden Wege, die den Versicherten zur Fürsorge durch die Krankenkassen immer deutlich sind.

Wenn ich des näheren hierauf eingehe, so sei vorausgeschickt, daß nicht alles, was ich erwähne und ausführe, ausschließlich nur auf die Landkrankenkassen zutrifft. In vielen Fällen treten an ihre Stelle die Allgemeinen Ortskrankenkassen oder die landwirtschaftlichen Betriebskrankenkassen. Im ganzen aber handelt es sich um Fragen, die die Landkrankenkassen im besonderen angehen. Um die Grenzen ihrer versicherungsrechtlichen Leistungen zu ziehen, müssen zunächst die auf Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht befreiten landwirtschaftlich Beschäftigten und Dienstboten herausgehoben werden. Auf Inhalt und Bedeutung der bekannten Befreiungsvorschriften der §§ 418 ff. der RVO. näher einzugehen, ist hier nicht der Ort. Es genügt, darauf hinzuweisen, daß es die Überreste der im Krankenversicherungsgesetz enthaltenen allgemeinen, dort also nicht auf landwirtschaftlich Beschäftigte und Dienstboten beschränkten Vorschriften ähnlichen Inhalts sind. Ohne Frage üben diese Vorschriften tiefgreifende Wirkung auf die Leistungsfähigkeit der Landkrankenkassen aus, denen dadurch vielfach gerade die wirtschaftlich kräftigsten Arbeitgeber entzogen werden. Einer zu weiten Ausdehnung des Kreises der antragsberechtigten Arbeitgeber hat die Rechtsprechung des RVA. vorgebeugt, indem sie in einer Entscheidung vom 17. März 1917 (Amtl. Nachr. des RVA. 1917 S. 472) ausgesprochen hat, daß die Rückversicherung eines Arbeitgebers bei einem leistungsfähigen Verein allein nicht genügt, um den Nachweis der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers zu erbringen, daß diese vielmehr ohne Rücksicht auf die Rückversicherung in der Person des Arbeitgebers und in seinen Vermögensverhältnissen begründet sein muß. Für die Rechte des Befreiten ist insofern Sorge getragen, als die Kasse, soweit der Arbeitgeber die Unterstützung nicht leistet, auf Antrag dem Befreiten die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren hat. Auch sonst wird der Befreite in jeder Beziehung so behandelt, als hätte er während der Zeit der Befreiung einer Krankenkasse angehört. So rechnet diese Zeit für die Wartezeit des Gesetzes, und ebenso steht sie hinsichtlich der Befugnis zur Weiterversicherung einer Zeit der Versicherung gleich. Die Kasse trägt also in den verschiedensten Richtungen die Gefahr, obwohl sie Beiträge nicht erhält.

Handelt es sich in den eben erwähnten Fälle um die Befreiung von der Krankenversicherung überhaupt, so sieht das Gesetz bei den in der Landwirtschaft Beschäftigten — im Anschluß an die entsprechenden Vorschriften des Reichsgesetzes vom 5. Mai 1886 — auch den Wegfall der Versicherung hinsichtlich bestimmter Leistungen vor. Es sind die Fälle der §§ 420, 421 der RVO., in denen dem erkrankten Arbeiter der Bezug des Krankengelds und anderer Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes oder der Bezug des Wertes dieser Leistungen durch den Arbeitsvertrag ganz oder zum Teil gesichert ist. Hier fällt das Bedürfnis der Versicherungspflicht nicht überhaupt, sondern nur zu einem Teile fort, wofür die Beiträge entsprechend ermäßigt werden. Diese Regelung beruht auf dem Bestreben, die „Beibehaltung der in vielen Gegenden Deutschlands noch üblichen Naturalwirtschaft zu ermöglichen, bei welcher in erheblichem Umfange Wohnung, Feuerung, Nahrungsmittel, Landnutzung, Kleidung, Viehweide, Drescherverdienst und ähnliche Naturalleistungen als Teil des Lohnes gegeben werden und häufig die Barlöhnung überwiegen" (Begründung zum Gesetz vom 5. Mai 1885 S. 72). Die Gewährung des Krankengeldes an Arbeiter, die im Genusse solcher Naturalleistungen sind, würde eine Unbilligkeit sein gegenüber den Arbeitern, die auf Barlohn gesetzt sind und im Erkrankungsfalle nur Krankengeld erhalten. Nur zu leicht könnte die Aussicht auf Krankengeldbezug neben den Naturalleistungen bei den Versicherten auch Neigung zur Simulation zeitigen.

Die Regelung ist mit manchen Schwierigkeiten für die Krankenkassen verknüpft. Die Berechnung der Beitragsermäßigung ist verwickelt, und wenn der Arbeitgeber die vertragsmäßigen Leistungen nicht erfüllt oder wenigstens nach Ansicht des Arbeitnehmers nicht gehörig erfüllt, so muß die Krankenkasse sich hierüber mit den Versicherten in Streit einlassen. Die Kasse haftet, obwohl hier, anders als bei der Befreiung, die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers, nicht geprüft wird, wie auch der Anspruch des Versicherten auf Barleistungen der Kasse wieder in Kraft tritt, wenn er über die Dauer des Arbeitsvertrags hinaus krank und arbeitsunfähig ist. Streitigkeiten über die Erfüllung des Arbeitsvertrags könnnen sich aus der Eigenart der Naturalleistungen ergeben, sowie daraus, daß in den Naturalien für das Familienhaupt oft Sachbezüge für mitarbeitende Familienangehörige inbegriffen sind. Immerhin sind die Streitigkeiten wohl nicht gerade häufig, und begrenzt sind die Schwierigkeiten, die hieraus entstehen, durch eine Revisionsentscheidung des RVA. vom 26. März 1918 — II a K. 174/17 —. Danach ist im Streit vor den Versicherungsinstanzen nicht zu erörtern, ob der Arbeitgeber die ausbedungenen Leistungen voll gewährt hat, sondern nur, ob die tatsächlich gewährten Leistungen einschließlich der für den sonstigen Teil des Jahres geschuldeten das Maß dessen erreichen, was für die Ermäßigung der Beiträge unter Wegfall der Barleistungen erforderlich ist. Dadurch wird dem vorgebeugt, daß der Arbeitnehmer das von Kostenlast befreite Verfahren vor den Instanzen der RVO. im Streite mit der Krankenkasse nur dazu benutzt, seine aus dem Arbeitsvertrage gegen den Arbeitgeber herzuleitenden zivilrechtlichen Ansprüche feststellen zu lassen.

Weitere Besonderheiten der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich aus der Zusammensetzung der ländlichen Arbeiterschaft. Der Mangel an Arbeitskräften auf dem Lande einerseits, die Gelegenheit zu leichteren Arbeiten andererseits in Verbindung mit sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen führen dazu, daß sich dort verhältnismäßig viel Personen finden, die an der Grenze der Arbeitsfähigkeit stehen. Natürlich ergeben sich hieraus schlechte Versicherungswagnisse für die Landkrankenkassen, was auf ihre Leistungen zurückwirken muß. Deshalb kann die Satzung bestimmen, daß Versicherte kein Krankengeld erhalten, wenn ihnen auf Grund der RVO. eine dauernde jährliche Rente, d. h. eine Dauerrente der Unfallversicherung, eine In-

validen-, Alters- oder Witwenrente, von mindestens dem dreihundertfachen Betrage des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes gewährt ist. Für Beschäftigte, die dauernd nur zu einem geringen Teil arbeitsfähig sind, für die sogenannten Halbinvaliden, kann der Grundlohn niedriger als der Ortslohn festgesetzt werden, weil, es weder berechtigt noch zweckmäßig ist, wenn das Krankengeld den regelmäßigen Arbeitsverdienst übersteigt. Diese Bestimmung ist wesentlich glücklicher als die wegen ihrer nicht ungefährlichen Rückwirkung auf die Kriegsbeschädigten wiederholt angefochtene Vorschrift des § 173 der RVO., wonach ein Versicherungspflichtiger, der auf die Dauer nur zu einem geringen Teil arbeitsfähig ist, auf seinen Antrag mit Einverständnis des vorläufig unterstützungspflichtigen Armenverbandes von der Versicherungspflicht befreit wird. Es darf erhofft werden, daß in den ländlichen Verhältnissen, in denen auch Halbinvalide noch verhältnismäßig leicht geeignete Beschäftigung finden, für die Anwendung dieser Vorschriften selten Anlaß vorliegen wird.

Weiter übt der Unterschied des Arbeitsbedarfs in den verschiedenen Jahreszeiten auf dem Lande seinen Einfluß auf die Leistungen der Landkrankenkassen aus. Wenn Saison- oder Zeitarbeiter, bei denen der Arbeitsverdienst während des Winters wegfällt oder sich stark verringert, auch in dieser Zeit Anspruch auf das volle Krankengeld haben, so ist dadurch leicht ein Anreiz zur Erhebung unberechtigter Ansprüche gegeben. Der Zweck des Krankengeldes ist, dem Versicherten einen Ersatz für den Ausfall an Verdienst zu verschaffen, den er infolge der Arbeitsunfähigkeit erleidet. Erzielt der Versicherte ohnehin keinen oder nur geringen Verdienst, so besteht ein Grund für den Bezug des vollen Krankengeldes nicht. Daher ist es zugelassen, daß die Satzung das Krankengeld für die Zeit des verringerten Arbeitsverdienstes bis auf ¼ des Ortslohns herabsetzt, unter entsprechender Ermäßigung der Beiträge für dieselbe oder unter Erhöhung des Krankengeldes für die übrige Zeit. Die praktische Bedeutung dieser Vorschrift scheint aber sehr gering zu sein. Denn Karl Unger erwähnt in seiner statistischen Skizze über die deutschen Landkrankenkassen, die sich auf die Unterlagen von 279 Landkrankenkassen stützt, daß nur vier Landkrankenkassen derartige Bestimmungen in ihre Satzungen aufgenommen haben.

War bisher vom Wegfall oder der Beschränkung von Leistungen die Rede, so ist nun eine den Landkrankenkassen eigene Sonderleistung zu erwähnen, die sonst nur noch die landwirtschaftlichen Betriebskrankenkassen einführen können. Es handelt sich um die erweiterte Krankenpflege für die landwirtschaftlich Beschäftigten. Damit ist die statt der Krankenpflege und des Krankengeldes gewährte Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Heilanstalt gemeint. Wesentlich ist ihr, daß sie, abweichend von der sonstigen Krankenhauspflege, nicht lediglich in das freie Ermessen der Krankenkasse gestellt ist, sondern als Anspruch geltend gemacht werden kann. Auch diese Leistung ist eingeführt in der Erwartung, daß sie zu einer Entlastung der Kasse führen werde. Daher wird sie, deren Einführung allgemein von der ausgesprochenen Zulässigkeit und in jedem Einzelfalle von der Zustimmung des Oberversicherungsamts durch die oberste Verwaltungsbehörde abhängig ist, hauptsächlich da in Betracht kommen, wo eine ausreichende Zahl von Heilanstalten einfachster Art zur Verfügung steht, in denen Behandlung und Pflege mit besonders geringem Kostenaufwande durchgeführt werden kann. Dies ergibt sich auch aus dem Begriff „ähnliche Heilanstalten", worunter Siechenhäuser, Armenhäuser, sowie die in Süddeutschland üblichen Krankenstuben der Gemeinden zu verstehen sind. Auch wo die erweiterte Krankenpflege eingeführt wird, sind noch allerlei — hier nicht näher zu erörternde — Ausnahmen zugelassen, die in Rücksichten auf die Leistungsfähigkeit der beteiligten Kreise, wie der Kasse selbst ihren Grund haben und sich deshalb teils auf den Umfang ihrer Geltung, teils auf den In-

halt ihrer Leistung beziehen, gewährende erweiterte Krankenpflege. Ihre Einführung ist an minder strenge Voraussetzungen geknüpft, weil im Hause des Dienstberechtigten eine ausreichende Krankenpflege oft schwer gewährt werden kann, und weil der arbeitsunfähige Dienstbote nach Ablauf des Dienstverhältnisses nicht immer leicht ein geeignetes Unterkommen findet. Unter bestimmten Voraussetzungen wird sie sogar, ohne Einführung durch die Satzung, unmittelbar auf Grund des Gesetzes gewährt, nämlich auf Antrag des Dienstberechtigten oder des in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Dienstboten, wenn die Krankheit ansteckend ist oder wenn er nach ihrer Art in der häuslichen Gemeinschaft nicht oder nur unter erheblicher Belästigung des Dienstberechtigten behandelt oder verpflegt werden kann. Die Betonung der Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft soll hier, wie das RVA. ausgesprochen hat, nicht einen besonderen Begriff des Dienstboten im Sinne der RVO. schaffen, sondern nur das Erfordernis einer tatsächlichen Wohnungsgemeinschaft aufstellen, um bei Dienstboten ohne solche, wie z. B. bei sogenannten Tagesmädchen, den Zwang einer auf Grund des Gesetzes zu gewährenden Krankenhauspflege auszuschließen. Die erweiterte Krankenpflege für die Dienstboten ist eine Leistung, die den Segen der Krankenversicherung deutlich vor Augen führt und wohl geeignet ist, sie populär zu machen. Wesentlich ist dabei, daß für schleunige Erledigung der Anträge Sorge getragen wird. Im Gesetz ist deshalb vorgesehen, daß, wenn der Dienstberechtigte und die Kasse darüber streiten, ob die an sich unbestrittene Unterstützungspflicht in der Form der erweiterten Krankenpflege gewährt werden muß, das Versicherungsamt endgültig entscheidet. Dieses Verfahren darf nicht mit Leistungsansprüchen des Dienstboten verquickt werden. Bei weigerlichem Verhalten der Krankenkasse kann freilich die Aufnahme des Kranken immer noch ungebührlich verzögert werden, und der Arbeitgeber, der den Dienstboten inzwischen auf eigene Kosten im Krankenhaus unterbringt, läuft Gefahr, die Kosten von der Krankenkasse in dem mit Umständen und Weiterungen verknüpften Verfahren vor den ordentlichen Gerichten einklagen zu müssen. Bei einer Revision des Gesetzes wäre zu erwägen, ob nicht in diesem Falle dem Dienstberechtigten ein vor den Instanzen der RVO. zu verfolgender Anspruch gegen die Krankenkasse zu geben wäre. Jedenfalls kann den Krankenkassen nur nahegelegt werden, in diesen Fällen entgegenkommend zu verfahren.

Wie wir sahen, ist der Kreis der Personen, die ihrem Berufszweige nach den Landkrankenkassen zugehören, kein festgeschlossener, und unter den Mitgliedern der Landkrankenkassen sind viel leistungsschwache oder dem Eintritt des Versicherungsfalls nahestehende Personen. Dazu kommt, daß die ländlichen Verhältnisse, in denen das familienhafte Gemeinschaftsleben und die Gelegenheitsarbeiten eine große Rolle spielen, vielfach Unklarheiten über die Versicherungspflicht mit sich bringen und daß die Überwachung der Beitragsleistung erschwert ist. All dies übt seine Wirkung nicht nur auf die Leistungen für einzelne Gruppen der Versicherten, sondern überhaupt auf die allgemeine Leistungsfähigkeit der Landkrankenkassen aus. Dies zeigt sich z. B. darin, daß die Satzung den Ortslohn als Grundlohn bestimmen und die Dauer des Wochengeldbezugs für Mitglieder, die nicht der Gewerbeordnung unterstehen, d. h. nicht im Gewerbebetrieb beschäftigt sind, auf mindestens vier oder höchstens acht Wochen bemessen kann. Für die letztgedachte Leistungsbegrenzung, die erst vom Reichstagsplenum in dritter Lesung eingefügt wurde, sind wohl allerdings noch andere Gesichtspunkte von Einfluß gewesen. Aus allem geht hervor, daß die Satzungsbestimmungen mehr als bei anderen Krankenkassen im Vordergrunde stehen, daß die reichsgesetzlichen Vorschriften gewissermaßen in die zweite Linie treten. So könnte man beinahe von einem Rahmengesetz sprechen, das durch Satzungsbestimmungen ausgefüllt wird.

Damit liegt in großen Umrissen ein Bild der Leistungen der Landkrankenkassen vor. Auf die Vorschriften über das Wandergewerbe soll zur Vermeidung von Einzelheiten hier nicht eingegangen werden. Über die Leistungen für die im Wandergewerbbetriebe Beschäftigten ist überdies wenig zu sagen, da sie im allgemeinen die Regelleistungen der Krankenkassen beziehen. Die hausgewerbliche Krankenversicherung kann ebenfalls übergangen werden, da die Vorschriften der RVO. hierüber für die Dauer des Krieges außer Kraft gesetzt und die Hausgewerbtreibenden auf die statutarische Versicherung angewiesen sind. Ob die reichsgesetzliche Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden in der durch die RVO. getroffenen Regelung nach dem Kriege wieder in Kraft treten wird, darf im Hinblick auf die erheblichen Schwierigkeiten, die sich alsbald nach ihrer Einführung zeigten, füglich bezweifelt werden. Reichstag und Regierung erkannten die Schwierigkeiten an, und der Plan der Gesetzesänderung tauchte schon bald nach Inkrafttreten jener Vorschriften auf.

Auch an den Landkrankenkassen ist der Krieg natürlich keineswegs spurlos vorübergegangen. Dies zeigt sich zunächst in erheblicher Verschiebung des Zahlenverhältnisses der männlichen und der weiblichen Mitglieder. Die letzteren überwiegen bei weitem. Welche Rückwirkung dies auf die Versicherungsfälle übt, ist bisher statistisch nicht festgelegt. Unter den Kriegsgesetzen ist vor allem das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914, das — abgesehen von der bereits erwähnten Aufhebung der hausgewerblichen Krankenversicherung — die Leistungen auf die Regelleistungen und die Beiträge auf 4½ v. H. des Grundlohns festsetzte. Die Abschaffung der Mehrleistungen mag für die Landkrankenkassen von geringerer Bedeutung gewesen sein als für die anderen Krankenkassen, da jene in vorsichtiger Beurteilung der Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit von dem Rechte der Einführung von Mehrleistungen im Ganzen keinen sehr weitgehenden Gebrauch gemacht hatten. Das war um so mehr verständlich, als sie neue versicherungsrechtliche Gebilde waren, die nicht über große Rücklagen verfügten. Wesentlich ist, daß während des Krieges der Gemeindeverband schon dann einzutreten hat, wenn 4½ v. H. des Grundlohns zur Deckung der Regelleistungen nicht ausreichen. Jedoch dürfen nach einer neueren Verordnung vom 22. 11. 1917 (RGBl. S. 1085) unter bestimmten Voraussetzungen die Beiträge zur Deckung von Mehrleistungen bis auf 6 v. H. erhöht werden. Wohl den stärksten Einfluß der kriegsgesetzlichen Vorschriften auf die Krankenversicherung gerade der landwirtschaftlich Beschäftigten und der Dienstboten zeigt sich in der Wochenhilfe. In der Einführung der Mehrleistungen auch auf diesem Gebiete waren die Landkrankenkassen aus den erörterten Gründen bisher zum Teil nur zögernd gefolgt, und wenn auch die Mehrzahl das Wochengeld für acht Wochen bewilligte, so lag doch bei einer nennenswerten Zahl die satzungsmäßige Begrenzung unter acht Wochen. In einer Zeit, wo die deutsche Landfrau zur Pflugschar und Sense greift und schwerste Männerarbeit leistet, ist kein Raum mehr für die Meinung, daß die ländliche Arbeiterin im ganzen leichtere Arbeit leiste und daß sie deshalb, wie auch, weil sie durch den Aufenthalt im Freien gesünder und widerstandsfähiger sei als die Frau in der Stadt, der Wochenhilfe nicht in gleichem Maße bedürfe. Das Gebot der Erhaltung gebärfähiger Mütter und die Erzielung eines gesunden kräftigen Nachwuchses macht die Gewährung der gesteigerten Leistungen der Wochenhilfe auch auf dem Lande zur dringenden sozialen Pflicht.

Wesentlich ist, daß die Kriegswochenhilfe die höheren Leistungen nicht nur den Mitgliedern der Krankenkassen, sondern auch den auf Antrag des Arbeitgebers Befreiten gebracht hat, und zwar unter entsprechender Heranziehung des Arbeitgebers zu den Lasten. Ebenso ist durch eine neuere Bundesratsverordnung der Zweifel darüber beseitigt, daß auch bei Wegfall des Anspruchs auf

Wochengeld auf Grund der Sicherung seines Wertes durch den Arbeitsvertrag (§§ 420, 421) die übrigen Leistungen der Kriegswochenhilfe in Gestalt des Entbindungskostenbeitrags, der Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden und des Stillgeldes von den Krankenkassen zu gewähren sind. Unter den Kriegsgesetzen ist sodann die Verordnung über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten (24. Februar 1917) zu erwähnen. Das Hilfsdienstgesetz äußert seine Wirkung auf die Landkrankenkassen insofern, als viele Personen, die sonst in den gewerblichen Berufen tätig sind, in der Landwirtschaft beschäftigt werden. Um diese Personen im Versicherungsfalle vor Nachteilen zu bewahren, ist Vorsorge getroffen, daß ihnen, wenn sie vorher eine gewisse Zeit bei günstigerem Grundlohn beschäftigt waren von den Landkrankenkassen Leistungen nach einem günstigeren Grundlohn als dem Ortslohn gewährt werden. Diesen höheren Leistungen entsprechen natürlich auch höhere Beiträge für die Landkrankenkassen. Für die Personen, die eine landkrankenkassenpflichtige Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst übernehmen, gelten die Vorschriften über die Befreiung von der Krankenversicherung oder über den Wegfall von Barleistungen wegen des Bezugs von Sachleistungen nicht. So ist die Zersplitterung, die infolge der Befreiungsvorschriften in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung besteht, wenigstens hier vermieden. Was sonst unmöglich schien, hat hier der Krieg, der der Vater aller Dinge ist, zu Wege gebracht, und es wäre zu wünschen, daß dieser bescheidene Ansatz im Abbau der Befreiungsvorschriften weiteren Boden gewönne. Im übrigen hat die Versicherung auf Grund des vaterländischen Hilfsdienstes besonders zu einer Erweiterung der Wochenhilfe geführt. Indessen sind die Krankenkassen hiervon wenig betroffen, da sie über den Rahmen der ihnen ohnehin obliegenden Leistungen hinaus höchstens gegen die Erstattungspflicht der Lieferungsverbände vorzuleisten haben und in manchen Fällen ihnen von den Lieferungsverbänden sogar gewisse satzungsmäßige Mehrleistungen auf Kosten des Reichs abgenommen werden.

Soviel über die bisherigen Einwirkungen des Krieges. Es bleibt nun noch übrig, auf die Zukunftsaufgaben der Landkrankenkassen einen Blick zu werfen. Wie unser ganzes Volksleben nach dem Kriege, werden auch sie unter dem Zeichen des Aufbaues stehen. Heilung der geschlagenen Wunden, Förderung der Volksgesundheit und Hebung der Volkskraft sind die großen Ziele, denen auch die Träger der Krankenversicherung und zu ihrem Teile die Landkrankenkassen zustreben müssen.

Des Näheren sind die Wege zum aufbauenden Wirken vorgezeichnet in dem eindrucksvollen Mahnruf des Präsidenten Dr. Kaufmann im September 1917 auf dem 22. deutschen Ortskrankenkassentag in Dresden. Als Zukunftsaufgaben der Krankenkassen sind dort besonders hervorgehoben die Bekämpfung der drei größten Feinde der Volksgesundheit, der Tuberkulose, der Trunksucht und der Geschlechtskrankheiten, die Kriegsbeschädigtenfürsorge und eine über die Person des Versicherten hinaus auf Kind, Mutter und Familie auszudehnende Gesundheitspflege.

In der Bekämpfung der Tuberkulose hatten vor dem Kriege großzügige Maßnahmen, an denen namentlich auch die Landesversicherungsanstalten beteiligt waren, sehr bedeutende Erfolge gezeitigt. Leider hat uns der Krieg darin erheblich zurückgeworfen. Das erneute Anschwellen der Tuberkulosegefahr mahnt zu gesteigerter Abwehr. Die Krankenkassen müssen bedacht sein, die erkrankten Versicherten rechtzeitig in Lungenheilstätten, Erholungsheimen, Walderholungsstätten unterzubringen oder den Tuberkulosefürsorgestellen zuzuweisen. Wenn die Kassenmittel zur Gewährung von Kur und Pflege nicht ausreichen, sollen die Kassen wenigstens mit anderen beteiligten Organen, wie besonders den Landesversicherungsanstalten, wegen Übernahme der Fürsorge möglichst bald in Verbindung treten. Schritte für ein erfolgversprechendes Wirken

auf diesem Gebiete sind neuerdings getan, indem im April 1918 im RVA. unter Beteiligung des Arbeitsausschusses der Fürsorgestellenkommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose und im Einvernehmen mit den fünf großen Krankenkassenverbänden, darunter auch dem Allgemeinen deutschen Landkrankenkassenverband, Leitsätze für ein Zusammenarbeiten der Krankenkassen mit den Fürsorgestellen ausgearbeitet sind. Diese Leitsätze sind gerichtet auf enge Fühlungnahme mit allen beteiligten Organen in der Ermittelung und Bearbeitung der Einzelfälle, wie auch auf Unterstützung der allgemeinen Bestrebungen durch Geldmittel und im Wege der Aufklärung. Von besonderem Werte für die Tuberkulosebekämpfung wie überhaupt für weitschauende Gesundheitspflege ist ein Ausbau der Familienhilfe. Gerade unter den Jugendlichen nimmt die Tuberkulose zu, und es kommt bei ihrer Bekämpfung namentlich darauf an, die Familie durch Herausnahme des erkrankten Mitglieds vor Ansteckung zu bewahren. Es wäre zu begrüßen, wenn die Zukunft die wiederholt erhobene Forderung, die Familienhilfe als Regelleistung einzuführen, erfüllen würde, oder aber wenn die Landkrankenkassen sie möglichst weitgehend als Mehrleistungen einführen würden. Dann könnten auch die Arbeitgeber ihre vielfach beobachtete ablehnende Haltung gegen die Versicherung ihrer Arbeiter bei den Krankenkassen nicht mehr damit begründen, daß die Krankenkassen nur die Regelleistungen gewähren, sie (die Arbeitgeber) aber auf Grund des Arbeitsvertrages die Familienhilfe leisten müssen.

Hand in Hand mit dem Kampf gegen die Tuberkulose soll auch die Wohnungsfürsorge gehen. Mag auch den Landkrankenkassen bei ihren bescheidenen Mitteln hier ein großzügiges Wirken versagt sein, so können sie doch durch Aufklärung über die Grundlagen der Wohnungshygiene, durch Hinweis anderer berufener Organe und Stellen auf gesundheitswidrige Wohnungsverhältnisse, durch Desinfektion von Wohnungen, in denen Personen mit offener Tuberkulose gewohnt haben, manches Gute leisten.

Im Kampf gegen die Trunksucht, die im vorgeschrittenen Grade auch als Krankheit zu behandeln ist, kommt besonders die Gewährung von Sachleistungen an Stelle der Barleistungen und die Unterstützung der Trinkerfürsorgestellen in Betracht.

Mehr als je gilt es gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten vorzugehen. Auch auf dem Lande greift die Gefahr mehr um sich. Die Wehrkraft unseres Volkes, die gerade in der ländlichen Bevölkerung bisher ihre feste Grundlage hatte, wird dadurch geschwächt; große sittliche und wirtschaftliche Werte werden vernichtet. Hier wird die Arbeit einsetzen müssen durch Aufklärung und Kampf gegen Kurpfuscherei, die vielfach gerade auf dem Lande noch ihre Stätte hat. Auch die Beteiligung an den Beratungsstellen für Geschlechtskranke kann nur dringend empfohlen werden. In dieses Gebiet fällt auch die Förderung ärztlicher Wanderkurse, die jetzt geplant werden, um die praktischen Ärzte über die Fortschritte in der Beurteilung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten zu unterrichten.

Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Fürsorge für die Kriegsbeschädigten. Viele Kriegsteilnehmer, in denen die Sehnsucht nach dem Lande wach geworden ist, werden dort nach dem Kriege einen zwar bescheidenen, aber sicheren Lebensunterhalt suchen. Unter ihnen werden viele sein, die gesundheitliche Schäden davongetragen haben und öfters der Krankenhilfe bedürfen. Die Heeresverwaltung leistet ärztliche Behandlung und erforderlichenfalls Lazarettpflege unbedingt nur bis zur Entlassung aus dem Heeresverbande, darüber hinaus nur nach freiem Ermessen. Wenngleich das fürsorgliche und großzügige Wirken der Heeresverwaltung für die Kriegsbeschädigten alles Vertrauen für die Zukunft rechtfertigt, so ist es doch unausbleiblich, daß die Krankenkassen weitgehend für die Kriegsschäden versicherter Personen einzutreten haben werden.

Die Krankenversicherung frägt — abgesehen von bestimmten Sonderfällen — grundsätzlich nicht nach der Entstehungsursache der Krankheit, und am allerwenigsten wäre es am Platze, bei denen, die im Kampfe für Volk und Vaterland ihre Gesundheit geopfert haben, Unterscheidungen zu machen und sie von einer Stelle zur anderen zu vertrösten. Hier heißt es: Helfen und Heilen ist nicht nur Rechtspflege, sondern Ehrenpflicht. Aber freilich folgt daraus nicht, daß die Krankenkassen ungemessene Opfer bringen sollen. Vielmehr müssen Mittel und Wege gefunden werden, durch die eine übermäßige Belastung der Krankenkassen vermieden wird.

Was endlich die Fürsorge für Mutter, Kind und Familie angeht, so ist auf sie als ein dringendes Bedürfnis bereits mehrfach hingewiesen worden. Deutlich genug spricht das Wort: „Niemals war das Kind heiliger, die Mutter mehr ein Hort der Zukunft als jetzt, wo der Kampf so gewaltige Opfer an Menschenleben fordert!“ Zum Ausbau der Wochenhilfe wird die Förderung der Säuglingsfürsorge- und Mutterberatungsstellen treten müssen, für die gerade auch auf dem Lande noch viel geschehen kann.



Hier wie auf anderen Gebieten wird ein Zusammenarbeiten der Landkrankenkassen mit den öffentlichen Fürsorgestellen nützlich wirken können. Engerer Anschluß an die örtlichen Wohlfahrtseinrichtungen erscheint am Platze; ein Erfolg darf um so mehr davon erhofft werden, als im Februar 1918 in der Hauptversammlung des Deutschen Vereins für ländliche Wohlfahrt- und Heimatpflege von maßgebender Stelle erklärt worden ist, daß sich die amtlichen landwirtschaftlichen Vertretungen in Zukunft in stärkerem Maße der Wohlfahrtspflege widmen werden, und im Juni 1918 haben in demselben Verein Führer und Mitarbeiter der Wohlfahrtspflege auf dem Lande über deren Aufbau in der Zukunft beraten.

So mangelt es nicht an großen Aufgaben der Landkrankenkassen für die Zukunft. Mancher wird besorgt fragen: Wie sollen wir das bei bescheidenen Mitteln leisten? Die Frage läßt sich nicht für alle Verhältnisse gleichmäßig beantworten. Wir haben ja gesehen, wie sehr die Gestaltung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung von den Lebensbedingungen und Wirtschaftsverhältnissen der verschiedenen Gegenden abhängt.

Im ganzen aber ist doch die Leistungsfähigkeit der Landwirtschaft während des Krieges erheblich gestiegen, und sie wird nach dem Kriege — nicht zum wenigsten dank einer intensiveren Wirtschaftsführung — noch weiter steigen. All das aber wird auch für die Leistungsfähigkeit der Landkrankenkassen nicht ohne günstige Rückwirkung bleiben und Beitragserhöhungen ermöglichen. Eine andere Frage ist, welche Entwicklung die Naturalwirtschaft während des Krieges genommen hat, welchen Wert dies für die wirtschaftlichen, sozialen und politischen Verhältnisse hat, und wie die auf Geldwirtschaft gestellte Krankenversicherung darauf einwirkt. Auch da werden die Verhältnisse in den verschiedenen Gegenden Deutschlands nicht gleichartig liegen. Vielfach wird aber die von der Einführung der Krankenversicherung befürchtete Gefahr für die Naturalwirtschaft mindestens abgeschwächt sein. Bei der auch nach dem Kriege zunächst noch fortdauernden Teuerung werden die Naturalleistungen begehrt sein. Ob sie aber imstande sein werden, die Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeiter enger zu gestalten, als dies bei der Geldwirtschaft der Fall ist, ist durchaus nicht sicher. Dem Zug der Zeit entsprechend geht das Bestreben nach größerer rechtlicher und politischer Freiheit, nach persönlicher Unabhängigkeit und Ungebundenheit durch das Land; die große Verschiebung der Arbeitskräfte, die auch unter dem Einfluß des Hilfsdienstgesetzes stattfindet und bei der Rückkehr der Kriegsteilnehmer sich weiter geltend machen wird, ist der Aufrechterhaltung enger Beziehungen zwischen Gutsherrschaft und Arbeitern und Gesinde nicht eben förderlich. Vielfach wird das Band zwischen Arbeitgeber und Arbeiter auch durch starken Besitzwechsel gelockert, der die Güter geradezu zur Spekulationsware macht. Bei dieser Entwickelung der Verhältnisse wird man die früher behauptete Gefahr einer nachteiligen Einwirkung der Zugehörigkeit des ländlichen Arbeiters zur Krankenkasse auf die Naturalwirtschaft und damit auf das Arbeitsverhältnis mindestens erheblich geringer bewerten dürfen als früher. Und wenn für die auf Antrag des Arbeitgebers erfolgende Befreiung der landwirtschaftlich Beschäftigten geltend gemacht wird, daß bei den engen Beziehungen zwischen Herrschaft und Arbeiter die Krankenfürsorge namentlich in Gestalt der Familienhilfe besser sei als in der Krankenkasse, so wird das jedenfalls dort, wo eine Lockerung des Arbeitsverhältnisses eingetreten ist, nicht mehr zutreffen. Ein Arbeitgeber, der ein Gut nur erwirbt, um es bei erster bester Gelegenheit mit Gewinn zu verkaufen, hat nicht das soziale Empfinden, das die eigentliche Voraussetzung jeder Krankenfürsorge, namentlich aber der privaten Krankenfürsorge ist. Hiernach wird es sich empfehlen, nach dem Kriege die Verhältnisse in der Landwirtschaft darauf nachzuprüfen, ob wirklich noch wie früher das Bedürfnis nach der Aufrechterhaltung der Befreiungsvorschriften besteht. Wenn nach der bereits erwähnten statistischen Skizze Ungers bei 279 Landkrankenkassen 14,8 v. H. des Gesamtmitgliederbestandes durch die Befreiung verloren gehen und dadurch ein Beitragsausfall von annähernd 3 Millionen Mark erwächst, wenn bei einer einzigen Landkrankenkasse 12 000 befreite und nur 751 versicherte Mitglieder sind, so gibt das sehr zu denken, und mit Recht wird auf die große Arbeit und die großen Verwaltungskosten hingewiesen, die den Kassen durch die Befreiungsanträge erwachsen. Aber auch die Krankenkassen können mancherlei dazu tun, um die Abneigung der Arbeitgeber, ihre landwirtschaftlich Beschäftigten und ihr Gesinde bei ihnen zu versichern, herabzumindern. So namentlich durch die bereits betonte Einführung der Familienhilfe. Wenn der Arbeitgeber, dessen Arbeiter bei der Landkrankenkasse versichert sind, bei Erkrankung der Kinder seiner Arbeiter auf Grund des Arbeitsvertrags oder aus menschlichem Mitgefühl auf seine Kosten den Arzt holen lassen soll, weil die Krankenkasse Familienhilfe nicht gewährt, so liegt es nahe, daß der Arbeitgeber lieber den Befreiungsantrag stellt und die ganze Krankenfürsorge

für Arbeiter und Familie auf seine Kosten unter Wegfall der Beiträge leistet. Auch sonst werden die Landkrankenkassen bemüht sein müssen, den Arbeitgebern die Versicherung nicht zu erschweren. Nicht bureaukratische und engherzige Behandlung! Ein besonderer Hinweis ist hier auf § 397 der RVO. angebracht, wonach der Arbeitgeber die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen hat. Diese Vorschrift ist eine Waffe, die ohne Rücksicht auf ein Verschulden angewendet werden darf und im Einzelfall weit schwerer als alle Strafvorschriften wirken kann. Den Krankenkassen kann nur empfohlen werden, in ihrem Gebrauch Schonung und Vorsicht zu üben, da sie sonst die Krankenversicherung leicht unpopulär machen und die Abneigung der Arbeitgeber vergrößern könnten. Das RVA. hat wohl gewisse Härten des § 397 der RVO. durch die Auslegung in der Rechtsprechung abzuschleifen gesucht. Gegenüber dem Gesetz ist dies aber nur in beschränktem Maße möglich, und eine Gesetzrevision wird die hier zutage getretenen Schwierigkeiten ins Auge fassen müssen. Es soll nicht verkannt werden, daß die Beitragskontrolle der Krankenkassen und namentlich der Landkrankenkassen mit Schwierigkeiten zu kämpfen hat. Etwas werden sich aber diese Schwierigkeiten beseitigen lassen, indem die Krankenkassen in der Vereinigung von Kassenverbänden gemeinsame Kontrollbeamte anstellen und die Beitragsentrichtung schärfer überwachen lassen. Der Zusammenschluß zu Kassenverbänden, die jetzt wohl gerade bei den Landkrankenkassen schon vielfach eingeführt ist, möchte weiter ausgebaut werden. Was eine Kasse mit ihren Mitteln auf sich allein gestellt nicht leisten kann, wird sie im Verein mit anderen eher vermögen. Namentlich die Krankenüberwachung, die bei den weiten Entfernungen und den kostspieligen ärztlichen Besuchen auf dem Lande Schwierigkeiten begegnet, wird durch eine größere Zahl von Krankenbesuchern und dergleichen mit mehr Nachdruck durchgeführt werden können. Auch können die Kassenverbände zusammen mit anderen Organen die Errichtung von gemeinschaftlichen Krankenhäusern und Heilanstalten fördern. Übrigens bleibt abzuwarten, ob nicht die Schwierigkeiten, die aus den weiten Entfernungen zwischen den Versicherten einerseits, den Krankenkassen, Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern andererseits erwachsen, nach dem Kriege vielerorts durch die wirtschaftliche und die Verkehrsentwicklung behoben oder gemildert werden. Die Siedlungstätigkeit, die heute in allen Teilen des Reiches betrieben wird und namentlich auch vom Verkehr abgelegene Gegenden erschließt, die Abwanderung vieler Kriegsbeschädigten auf das Land, die Ausdehnung der Überlandzentralen wird auch mehr Ärzte auf dem Lande seßhaft machen oder wenigstens ihre Verbindung mit dem Lande erleichtern. Bisher war die ländliche Bevölkerung gerade in ärmeren Gegenden mit der Krankenfürsorge besonders schlimm daran. Denn der Armut einer Gegend entspricht eine dünne Bevölkerung, je dünner die Bevölkerung, um so weniger Ärzte sind da. Je weiter aber der Weg zum Arzt, um so schwieriger und kostspieliger sind die ärztlichen Besuche, um so seltener kann rechtzeitig Hilfe gebracht werden. Eine Besserung dieser Verhältnisse würde auch auf die landwirtschaftliche Unfallversicherung günstig zurückwirken. Vielfach klagen die landwirtschaftlichen Unternehmer über zu hohe Beitragslasten. Je schneller aber bei Unfällen ärztliche Hilfe zur Stelle ist, je wirksamer die Behandlung gerade in den ersten dreizehn Wochen ist, in denen die Unfallfürsorge noch nicht einsetzt oder einsetzen muß, um so besser sind die Heilungsaussichten, und je schneller die Heilung, um so geringer sind die Kosten, um so weniger Rente ist zu zahlen. So mancher könnte der Verkrüppelung oder Siechtum entgehen, wenn ihm rechtzeitig die nötige Hilfe gebracht würde. Heute aber kommt es mehr als je auf die Erhaltung der Arbeitskraft jedes Einzelnen an. Das kostbare Gut der Volksgesundheit muß mehr als je gehütet und gepflegt werden. Verständige Menschenpflege, die keineswegs verweich-

lichend wirkt, wird auch dem Landarbeiter mehr und mehr zum Bewußtsein bringen, welch wirksame Stütze der Volkskraft die Sozialversicherung ist. Eine solche Erkenntnis wird aber auch der Landflucht wirksam entgegenarbeiten. Es kann kaum ein Zweifel darüber walten, daß die Landflucht der früheren Jahre mit beeinflußt wurde durch den Rückstand in der Krankenfürsorge, in der sich der landwirtschaftlich Beschäftigte gegenüber dem gewerblich Beschäftigten vor der Einführung der RVO. in vielen Teilen des deutschen Vaterlandes befand. Ich kann mich hierfür auf einen so erfahrenen Kenner ländlicher Verhältnisse wie den Oberpräsidenten von Batocki berufen, der im Jahre 1907 in einem Vortrag im Deutschen Verein für ländliche Wohlfahrts- und Heimatpflege über Erfahrungen in der Krankenversicherung ländlicher Arbeiter auf einen wenigstens mittelbaren Zusammenhang zwischen mangelnder ländlicher Krankenfürsorge und Landflucht hinwies. In einer Zeit, in der die Sehnsucht nach dem Lande wieder rege wird, ist es aber volkswirtschaftliches Gebot, diesen gesunden Trieb auf alle Weise zu fördern.

So läßt sich das Ergebnis unserer Ausführungen in kurzen Worten dahin zusammenfassen: die Landkrankenkassen fußen, wengleich ihnen nicht lediglich die Berufszweige der landwirtschaftlich Beschäftigten und des ländlichen Gesindes zugehören, doch wesentlich in den historisch gegebenen Verhältnissen der Landwirtschaft. Diese Verhältnisse sind in den einzelnen Gegenden verschieden. Die Landkrankenkassen müssen darauf Rücksicht nehmen, und das übt wesentlichen Einfluß auf ihre Leistungen. Anzustreben ist aber verstärkte Leistungsfähigkeit der Landkrankenkassen durch möglichst vollständige Heranziehung der ihnen zugehörigen Kreise und ein Ausbau ihrer Leistungen, namentlich in bezug auf die Familienhilfe, sowie Anschluß an die allgemeine Wohlfahrtspflege durch freiwillige Aufwendungen für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung. Dann können auch sie das Gebot der Zeit erfüllen, das da lautet: Aufbauendes, weitschauendes und zielbewußtes Wirken zur Hebung der Volkskraft, zum Segen des ganzen deutschen Vaterlandes!

Eine Besprechung dieses interessanten Vortrages wurde nicht gewünscht.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 8 der Amtl. Nachr. vom 15. August 1918.)

Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Nachweisung der für die Krankenkasse tätigen Ärzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apothekenbesitzer usw. und das Verzeichnis der Gebrauchsgegenstände (§ 1 C und F der Bek. über Art und Form der Rechnungsführung usw. vom 9. 10. 13, ZtrBl. f. d. Deutsche Reich 1913 S. 1009, ArbVers. 1913 S. 750) sind, wenn die Kassensatzung nichts anderes bestimmt, nur von der Kasse selbst, nicht auch von den Sektionen zu führen (2474 S. 440).

Auf dem Gebiete der Krankenversicherung sind auch für zu Unrecht beigetriebene Beiträge Zinsen nicht zu zahlen; zu vgl. Entsch. 1936 Amtl. Nachr. 1914 S. 819 (2475 S. 441).

Über den Anspruch einer Landkrankenkasse gegen den Gemeindeverband auf Leistung einer Beihilfe nach § 2 des Ges. über Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen v. 4. 8. 14 (RGBl. S. 337, ArbVers. S. 569) haben gemäß § 405 Abs. 2 RVO. die Versicherungsbehörden zu entscheiden (2476 S. 442).

Anträge auf Hinterbliebenenrente sind nach §§ 1614, 1638 RVO. bei dem Versicherungsamte zu stellen, in dessen Bezirke der verstorbene Versicherte zuletzt gewohnt hat oder vor Begründung des letzten Wohnorts zuletzt beschäftigt war (2477 S. 444).

Erstattung außergerichtlicher Kosten kann auch im Beschlußverfahren zugebilligt werden (2478 S. 445).

Zu den am Beitragsstreitverfahren nach § 1459 RVO. Beteiligten gehören der Arbeitgeber, der Versicherte, der Versicherungsträger, gleichviel ob sie unmittelbar als Parteien auftreten oder nicht (2479 S. 446).

B. Zur Krankenversicherung.

Die in Kliniken beschäftigten „Hausschwangeren" sind nicht versicherungspflichtig.

Entsch. des **Oberversicherungsamts** Groß-Berlin vom 27. August 1918 (K. 2. 18. II).

Der erste Richter hält die sogenannten Hausschwangeren, welche in der Universitäts-Frauenklinik in der Weise wie die Klägerin beschäftigt werden, für versicherungspflichtig. Dieser Ansicht kann das Oberversicherungsamt nicht beitreten. Inhalt des Vertrages, welcher bei der Aufnahme in die Klinik zwischen dieser und den sogenannten Hausschwangeren abgeschlossen wird, ist nur die Vornahme der Entbindung. Die häuslichen Arbeiten, welche von den Hausschwangeren geleistet werden, verfolgen nur einen hygienischen Zweck, nämlich den, die Entbindung zu erleichtern. Ein Arbeitsvertrag über die häuslichen Leistungen ist zwischen Klinik und Hausschwangeren nicht zustande gekommen, es besteht mithin auch keine Pflicht für die Klinik, diese Hausschwangeren gegen Krankheit zu versichern. Aus diesem Grunde ist die Ortskrankenkasse B. nicht verpflichtet, die Wochenhilfe zu gewähren.

Anmerkung: Die Entscheidung betrifft den Fall, auf den sich unsere Auskunft im Jahrg. 1916 S. 838 Ziff. 2 bezieht, und stimmt mit unserer dort kundgegebenen Rechtsansicht überein. — Wir benutzen die Gelegenheit, zu dieser Auskunft berichtigend zu bemerken, daß hinter Zeile 6 der „Antwort" einige Worte ausgefallen sind. Es muß heißen: „Den wesentlichen Gegenstand der Vereinbarung bildeten nicht Dienste, welche die Schwangere der Klinik, sondern Dienste, welche die Klinik der Schwangeren leisten sollte."

Kriegswochenhilfe bei Urlaub des Kriegsteilnehmers.

Erlaß des **Bayer. Staatsministeriums des Innern** vom 27. August 1918 (119 d 66).

Nach den grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts Nr. 2145 vom 22. November 1915 und Nr. 2970 vom 17. September 1917 (Amtl. Nachr. 1916 S. 348, 1917 S. 591) besteht kein Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bundesratsbekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492), solange der Ehemann der Wöchnerin von der Militärbehörde vorläufig entlassen oder beurlaubt und dadurch in den Stand gesetzt ist, das bürgerliche Leben wieder aufzunehmen oder fortzusetzen.

Es besteht Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß in den bezeichneten Fällen auch ein Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bundesratsbekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) nicht gegeben ist.

Kriegswochenhilfe, wenn die Eltern im neutralen Auslande lebten und das Kind dort geboren ist.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom .... 1918.

Der Hausmeister C. war bis zum 15. August 1914 bei der Betriebskrankenkasse M. versichert. Er lebt seit Dezember 1916 mit seiner Ehefrau in der Schweiz. Die Frau ist im Mai 1918 entbunden worden. Über die Frage, ob in diesem Falle Reichswochenhilfe auf Grund der Bek. vom 3. 12. 1914 zu gewähren sei, äußerte sich das Reichsversicherungsamt auf Ersuchen wie folgt:

Die Vorgänge lassen nicht ersehen, worauf die Internierung des Hausmeisters C. in der Schweiz zurückzuführen ist. Es kann aber wohl angenommen werden, daß die Voraussetzungen der Bundesratsverordnung über die Gewährung der Reichswochenhilfe in der Fassung der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) in der Person des Ehemannes C. erfüllt sind (zu vgl. auch Revisionsentsch. 2203, Amtl. Nachr. 1916 S. 516). Fraglich könnte allerdings erscheinen, ob die Reichswochenhilfe vorliegend geleistet werden darf, obwohl das Kind in der Schweiz geboren ist und die Ehefrau C. sich bereits seit Dezember 1916 dort aufhält. Da es sich indes bei dieser Wochenhilfe um eine allgemeine sozialpolitische Fürsorgemaßnahme handelt, die in erster Linie die Förderung des Nachwuchses der Kriegsteilnehmer bezweckt, und die Ehefrau C. lediglich besuchsweise infolge der Kriegsverhältnisse in der Schweiz aufhältlich ist, so neigt das Reichsversicherungsamt, vorbehaltlich der Entscheidung im Rechtszuge, der Ansicht zu, daß vorliegend keine Bedenken gegen die Gewährung der Reichswochenhilfe zu erheben sind.

C. Zur Unfallversicherung.

Rentenzulage, wenn der Verletzte mehrere Renten bezieht.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Schleswig** vom 20. September 1918.

Nach § 1 der Verordnung des Bundesrats vom 17. Januar 1918 soll Verletzten, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente beziehen, für die Zeit bis zum 31. Dezember 1918 auf Antrag eine monatliche, im voraus zahlbare Zulage von 8 *M* zu ihrer Rente gewährt werden, sofern die Verletzten sich im Inlande aufhalten, und nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird.

Würde durch den § 1 der obigen Verordnung beabsichtigt worden sein, statt einer Rente von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente ohne weiteres auch mehrere Renten von zusammen solcher Höhe hinsichtlich der Zulage zu berücksichtigen, so wäre dieses in dem Texte des gedachten Paragraphen der Verordnung wohl sicherlich zum Ausdruck gelangt. Hier ist aber nur von einer Rente die Rede. Solches erscheint auch erklärlich. Denn es kann nicht verkannt werden, daß diejenigen Versicherten, welche durch einen Betriebsunfall 66⅔ v. H. und mehr von ihrer Erwerbsfähigkeit eingebüßt haben, in sehr vielen Fällen schlechter daran sein werden als diejenigen, welche von mehreren kleineren Unfällen zusammen in dieser scheinbaren Höhe betroffen worden sind. Denn man muß in Betracht ziehen, daß der Erwerbsfähigkeit eines Verletzten bei einem späteren Unfall eine andere wirtschaftliche Bedeutung innewohnt als bei einem früheren. Ist nämlich jemand durch einen ersten Unfall um 50 v. H. in seiner vollen Erwerbsfähigkeit geschädigt worden und erleidet durch einen zweiten Unfall weiter 25 v. H. Einbuße, so stellen diese nicht mehr den bezüglichen Verlust an normaler Arbeitskraft, sondern nur den von den verbliebenen 50 v. H. dar, können also als 25 v. H. nicht voll gerechnet werden.

Da hinsichtlich der in Rede stehenden Verordnung des Bundesrats aber doch wohl an eine wohlwollende Auslegung derselben im sozialen Sinne gedacht werden muß, so wird man sinngemäß die in Betracht kommende Vorschrift zur Vermeidung größerer Härten auch auf solche Fälle anwenden können, wo zwei oder mehr Renten von zusammen zwei Dritteln oder mehr der Vollrente vorhanden sind. Dabei muß aber Voraussetzung sein, daß nach stattgehabter Prüfung und Berechnung die Höhe von mindestens 66⅔ v. H. der Vollrente nach dem Maßstabe absoluter, nicht aber relativer Erwerbsunfähigkeit aus den mehreren Unfällen erreicht wird. Auf die beteiligten Berufsgenossenschaften läßt sich dann nach Maßgabe der Höhe der von ihnen gewährten Renten die Zulage unschwer verteilen.

Im vorliegenden Falle erreicht P., der aus dem ersten im Jahre 1898 erlittenen Betriebsunfall eine Rente von 25 v. H. und aus dem zweiten Unfall vom Jahre 1900 eine solche von 50 v. H. bezieht, nun nicht die Höhe von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente; denn nachdem ihm nach Eintritt des ersten Unfalls eine Erwerbsfähigkeit von nur noch 75 v. H. der vollen und normalen verblieben war, hat er bei weiterer Einbuße von 50 v. H. der ihm verbliebenen 75 proz. Erwerbsfähigkeit im ganzen durch beide Unfälle nur 25 + 37½ v. H., das sind zusammen 62½ v. H. seiner vollen Erwerbsfähigkeit, eingebüßt, er erreicht also nicht den in § 1 der gedachten Verordnung vorgeschriebenen Grad von 66⅔ oder mehr v. H. der Vollrente.

Aus diesen Gründen ist ihm die Zulage seitens der Berufsgenossenschaft mit Recht nicht zuteil geworden, und mußte deswegen auch dem Einspruch der Erfolg versagt werden.

Anmerkung: Wir halten diese Auslegung der Verordnung für die richtige, weil sie dem gesetzgeberischen Gedanken gerecht wird. Zu vgl. v. Meer hier, Heft 20 S. 381, auch Heft 26 S. 514 und anderseits Fischer in Heft 11 S. 202. Eine Zusammenstellung und Würdigung der verschiedenen zutage getretenen Ansichten über die Zweifelsfrage gibt Reißer in der „Berufsgenossenschaft" 1918 S. 121 ff., der selbst die hier gebilligte Auffassung vertritt und, im Hinblick auf die einander widersprechenden Entscheidungen der Oberversicherungsämter, eine Klärung — am besten wohl durch eine Verordnung, die den § 1693 RVO. für anwendbar erklärt — für dringend geboten erachtet.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Ortskrankenkassen im Jahre 1917 (Schluß).

Über die Durchführung der Mutterschaftsfürsorge, namentlich der Reichswochenhilfe, wird oft recht eingehend berichtet. Die Krankenkassen in Hannover haben eine „Wochenhilfestelle" errichtet, die drei Fürsorgeschwestern beschäftigt, die im Berichtsjahr 7212 Wöchnerinnen besuchten. Der Wochenhilfestelle sind 36 Kassen mit 75000 Mitgliedern angeschlossen. Die OKK. für das graphische Gewerbe in Hamburg hat eine Fürsorgebeamtin angestellt, die über Schwangerschaft, Geburtenhäufigkeit, Mutterschaftsfürsorge usw. einge-

hende Untersuchungen anstellte. Die Zahl der Geburten ging weiter überall erheblich zurück, so z. B. bei der OKK. Stellingen auf rund ein Drittel der Fälle von 1914. Nach dem Bericht der OKK. für Buchbinder in Hamburg kamen bei dieser im Jahre 1914 auf 1000 weibliche Mitglieder 39,3 Geburtsfälle, im Jahre 1917 aber nur 15,4. Der Zahl nach halb soviel wie Geburtsfälle wurden Fehlgeburten gemeldet.

Die Beitragseinnahmen haben bei fast allen Kassen erheblich zugenommen, ohne daß eine Erhöhung der üblichen Beiträge vorgenommen wurde, und zwar wegen der fortgesetzten Verschiebung der Mitgliederbestände in höhere Lohnstufen. So stieg bei einer gleichgebliebenen Mitgliederzahl die Beitragseinnahme bei der OKK. Halle a. S. von 1916 zu 1917 von 1 223 452 *M* auf 1 388 773 *M* oder je Mitglied von 36,14 auf 40,21 *M*. Von einer starken Abwanderung der Mitglieder von den unteren nach den oberen Klassen berichtet auch die OKK. Velbert a. Rh. Bei den männlichen Mitgliedern kamen 1200, bei den weiblichen 1700 solche Versetzungen vor, trotzdem wurde noch oft die Feststellung gemacht, daß die Mitglieder nicht ihrem Verdienst entsprechend versichert sind. Die OKK. Kronach erzielte durch die Versicherung der Mitglieder in höheren Klassen eine Mehreinnahme an Beiträgen von 70 000 Mark. Die Allgem. OKK. für den Amtsbezirk Baden erzielte durch das Aufrücken der Mitglieder in höhere Klassen eine so erhebliche Mehreinnahme, daß eine Erhöhung der Beiträge erspart blieb. Die OKK. für das polygraphische Gewerbe in Nürnberg hat ausgerechnet, daß zur Deckung der Ausgaben in den niederen Stufen 7 v. H. Beitrag erforderlich gewesen wären, während die höheren Stufen nur 3,2 v. H. gebraucht hätten. Infolge der Klassenverschiebungen konnte die Kasse das Krankengeld um 20 v. H. erhöhen ohne Beitragsveränderung. Bei der OKK. für Kaufleute in Breslau verminderte sich die Mitgliederzahl um 438, trotzdem stieg bei gleichgebliebenen Beiträgen die Beitragseinnahme um 37 265 *M*, und zwar lediglich durch das Aufsteigen der Mitglieder in höhere Lohnstufen. Die OKK. für gewerbliche Betriebe in Zittau ließ eine Neueinschätzung aller Mitglieder vornehmen, die dazu führte, daß etwa ein Viertel der Mitglieder in höhere Klassen kommen mußte. Bei der OKK. Frankfurt a. M. stieg die Beitragseinnahme je Mitglied von 43,29 *M* im Jahre 1916 auf 47,91 *M* im Jahre 1917.

Außerordentlich häufig berichten die Kassen von einer notwendigen Erhöhung der Kassenbeiträge. Die Allgem. OKK. Schwerin nahm eine Erhöhung von 4 auf 4½ v. H. vor, womit sie auch einen Vermögenszuwachs von 35 000 *M* erzielte. Die OKK. Reichenbach i. V. erhöhte die Beiträge zunächst von 3 auf 3½ v. H., da sie aber trotzdem einen Rückgang des Kassenvermögens um 9500 *M* (bei 5200 Mitgliedern) erlitt, erhöhte sie die Beiträge vom 1. Januar 1918 an abermals auf 4 v. H. Die OKK. für Schlosser und Schmiede in Hamburg erhöhte im Jahre 1917 zunächst die Beiträge von 4 auf 4½ v. H., dann aber auf 5¼ v. H. Die Kasse hatte 1917 einen Fehlbetrag von 24 363 *M*. Die OKK. der Stadt Fulda erhöhte vom Februar 1917 an die Beiträge von 3 auf 3½ v. H. Die Mehreinnahmen von 31 500 *M* gingen aber durch die gesteigerte Inanspruchnahme wieder vollkommen auf, so daß Ende des Jahres die Beiträge auf 4 v. H. erhöht werden mußten. Die Einhebung von Zusatzbeiträgen ist verhältnismäßig wenig verbreitet. Die OKK. Neubrandenburg vereinnahmte an Zusatzbeiträgen 3491 *M*. Dagegen erforderte die Familienhilfe 10 790 *M* Aufwendungen, so daß erhebliche Zuschüsse nötig waren (bei überhaupt nur 2531 Kassenmitgliedern).

Zum Abschluß neuer Arztverträge kam es u. a. in Kiel. Die Ärzte forderten freie Arztwahl, Pauschalvergütung für ein Einzelmitglied 7 *M* und für die Familie 21 *M*, während des Krieges 20 v. H. Teuerungszuschlag, daneben Fuhrkosten usw. Da eine Einigung nicht zustande kam, mußte das Schiedsgericht entscheiden, das auch den Ärzten sehr weit entgegen kam. Dadurch stiegen schon im Jahre 1917 die Arztkosten um 30 000 *M*. Die OKK. Cassel berichtet in umfangreicher Weise ebenfalls über Forderungen der Ärzte, die aber abgelehnt wurden, worauf die Ärzte weitere Schritte nicht unternahmen. Die OKK. Hannover schloß einen neuen Vertrag ab, der eine Erhöhung der Pauschgebühr auf 5 *M* bezw. für die Familienhilfe auf 10 *M* bringt. Die OKK. Falkenstein berichtet über Streitigkeiten mit den Ärzten; sie mußte Honorarerhöhungen bis auf das Jahr 1914 zurück nachzahlen; die durchschnittlichen Arztkosten erhöhten sich von 1916 zu 1917 um 1,10 *M* je Mitglied. Der Nachzahlungen wegen schloß die Kasse mit einem Fehlbetrag von 4000 *M* bei nur 1724 Mitgliedern. Die OKK. Klingenthal wurde vom ärztlichen Schiedsgericht für den Bezirk Zwickau verurteilt, bis auf 1914 zurück 40 000 Mark Arzthonorar nachzuzahlen. Den Betrag erhalten drei Ärzte, die seither schon gut bezahlt waren. Die OKK. Altona gewährte einen Teuerungszuschlag zum Arzthonorar von 15 v. H. Die OKK. Dohna mußte den Ärzten einen Teuerungszuschlag von 25 v. H. gewähren. Außerdem wurden die Sätze für die Hebammen um 50 v. H. erhöht. Bei der OKK. Wolfenbüttel übertragen die Ausgaben für die Ärzte alle anderen Ausgaben; sie nahmen gegenüber dem Vorjahr noch erheblich zu. In Saalfeld kam es zu einem regelrechten Ärztestreik. Die Kasse war gezwungen, den ärztlichen Forderungen nachzugeben, obgleich der bestehende Vertrag erst Ende 1918 abläuft.

Die OKK. Forst i. L., die durch den Krieg eine Abnahme der Mitgliederzahl von 15 529 auf 11 382 erlitt, verweigerte dem Ärzteverein die Weiterzahlung des Honorars für Kriegsteilnehmer, die sich fortversicherten. Das Landgericht gab der Kasse recht, das Kammergericht aber hob das Urteil auf und verpflichtete die Kasse zur Zahlung. Die Allgem. OKK. Elmshorn konnte sich mit den Ärzten nicht einigen. Auch vor dem Schiedsgericht kam eine Einigung nicht zustande, so daß ein Schiedsspruch nötig wurde. Nach diesem hat die Kasse nach Einzelleistungen bis 7 *M* je Jahr und Mitglied zu bezahlen gegen bisher 4,50 *M*. — Häufig ist leider das Verhältnis zwischen Ärzten und Kassen nicht befriedigend.

Die Steigerung der Kosten der Heilmittel findet in vielen Berichten Erwähnung. Die OKK. Bernburg führt aus, daß sie heute als Monatsbetrag an die Apotheken ungefähr soviel zahlt als früher in einem Vierteljahr. Der von den Apothekern bei Einführung der Reichsversicherungsordnung gekündigte Vertrag konnte bis jetzt nicht erneuert werden. Bei der OKK. Frankfurt a. M. erhöhten sich die Aufwendungen für Arzneien und Heilmittel von 4,85 *M* je Mitglied im Jahre 1916 auf 5,94 *M* im Jahre 1917. Im allgemeinen wurde von den Kassenverwaltungen versucht, die Verteuerung der Arzneien durch anderweite Verordnungsweise auszugleichen.

Von den bemerkenswerten Erweiterungen der Kassenleistungen sei erwähnt, daß die OKK. für das rechtsrheinische Düsseldorf die Abstufung des Krankengeldes nach der Kinderzahl, eine Beihilfe zu den Kosten der Entbindung von 20 *M* und ein Stillgeld von 50 Pf. täglich auf 12 Wochen für versicherungsfreie Ehefrauen, Gewährung von Krankenkost und Landaufenthalt an erwerbsunfähige Mitglieder einführte. Die OKK. Cassel führte ebenfalls Entbindungskosten und Stillgeld für versicherungsfreie Ehefrauen der Mitglieder ein. Die OKK. Fürth traf eine Abstufung des Krankengeldes nach der Kinderzahl bis zu 75 v. H. des Grundlohnes, erhöhte das Sterbegeld und Hausgeld und den Zuschuß zu größeren Heilmitteln. Die Allgem. OKK. für die Stadt Gera stellte den Betrag von 3000 *M* zur Herstellung von Krankensuppen für arbeitsunfähige Mitglieder bereit. Nahrungsmittelmarken werden dafür nicht verlangt; die Ärzte bestimmen die Empfänger. Die Allgem. OKK. Mainz führte die Gewährung von Krankenkost ein. Sofern die Notwendigkeit vom Kassenarzt bescheinigt wird, übernimmt die Kasse die vollen Kosten der aus der städtischen Krankenküche zu entnehmenden Speisen. Die Allgem. OKK. Ludwigshafen führte eine Erhöhung des Krankengeldes um 20 v. H. ein, obgleich das nur durch eine Beitragserhöhung möglich war. Außerdem gewährte die Kasse ohne Markenabgabe Mittagessen aus der Kriegsküche. Die OKK. Weißenfels führte wesentliche Erweiterungen der Leistungen ein, wie Erhöhung des Krankengeldes unter Berücksichtigung der Familienverhältnisse der Mitglieder, Erhöhung des Sterbegeldes usw., obgleich eine Beitragserhöhung auf 5 v. H. erforderlich war.

Die Zahnheilverfahren nehmen immer größeren Umfang an. Die Allgem. OKK. Nürnberg schloß einen Vertrag, der erstmalig auch die bei dem Städtischen Versicherungsamt anerkannten Zahntechniker zuläßt. Das System des Pauschbetrags wurde dabei ebenfalls verlassen. In immer größerem Umfange gewähren die Kassen auch Zuschüsse zu künstlichem Zahnersatz. — Die hausgewerbliche Krankenversicherung kam verschiedentlich zur Wiedereinführung, so z. B. bei der OKK. Freiberg auf Grund eines besonderen Ortsstatuts, desgleichen in Meerane usw. Im allgemeinen dürfte sie nunmehr in allen größeren Orten wieder eingeführt sein.

Die Eigenbetriebe der Krankenkassen fanden manche Erweiterung. So errichtete die OKK. Sonneberg auf eigens gekauftem Grundstück eine Badeanstalt. In einer Walderholungsstätte, welche die Kasse besitzt, wurde der landwirtschaftliche Betrieb, namentlich durch Erweiterung des Viehbestandes, erheblich ausgestaltet. Die Allgem. OKK. Posen kaufte ein Hausgrundstück im Preise von 140 000 *M*, das sie zu einem Geschäftsgebäude einrichtete. Die OKK. M.-Gladbach nahm einen Erweiterungsbau ihres Geschäftsgebäudes vor. Dagegen brachten es die Kriegsverhältnisse (Verpflegungsschwierigkeiten usw.) mit sich, daß das Genesungsheim verpachtet werden mußte. Die OKK. Bergedorf errichtete eine Zahnklinik, die von Mitte Januar bis Ende des Jahres noch 2779 Zahnkranke behandelte. Die ersten Einrichtungen (Inventar) kosteten rund 16 000 *M*. Die OKK. Godesberg besitzt eine eigene Badeanstalt, die allerdings im Jahre 1917 einen Zuschuß von 2017 *M* erforderte, der jedoch nur mehr rechnerischer Art sein dürfte. Die OKK. Spandau führte während des Krieges den Neubau ihres Geschäftshauses aus. Er kostete 469 210 *M*, der Voranschlag wurde um 50 v. H. überschritten. In Hamburg hat die Einigungskommission hamburgischer Ärzte und Krankenkassen eine Rasierstube errichtet, in der jeder mit Bartflechte behaftete Kranke unentgeltlich rasiert wird. Die OKK. Neumünster eröffnete am 1. Februar 1917 eine Zahnklinik, die bis zum Schlusse des Jahres noch von 2529 Kranken in Anspruch genommen wurde. Die Gesamtkosten für Bau und Ausstattung stellen sich auf 76 000 *M*. Die Allgem. OKK. Hamburg schloß sich mit einigen anderen Kassen zusammen und erwarb das Erholungsheim „Sophienbad". Es kostete 190 000 *M*. Die OKK. Altona erwarb ein Sanatorium für Alkohol- und Nervenkranke für 72 000 *M*. Infolge des Mangels an Nahrungsmitteln für die Kranken konnte die Eröffnung noch nicht stattfinden.

Den vielfachen Anregungen entsprechend nehmen sich die Kassen auch immer mehr der Wohnungsfürsorge an. Die OKK. Lübeck teilt mit, daß sie bis jetzt 441 550 *M* an Hypotheken fast durchgehends zu 4 v. H. auf 52 Grundstücke gegeben, die meistens Versicherten gehören und fast ausnahmslos von Versicherten bewohnt werden. Auch andere Kassen haben in größerem Umfange Gelder auf Hypotheken ausgeliehen. Die Wohnungsuntersuchungen werden von vielen Kassen fortgesetzt.

Eine ganze Anzahl Kassen berichten, daß sie nunmehr weibliche Krankenbesucherinnen angestellt haben. So wird jetzt beim Verband der OKK. in Hamburg die Kontrolle der weiblichen Kranken durch Krankenschwestern beschafft. Auch die OKK. Halle a. S. stellte eine Fürsorgeschwester an.

Durch die Einberufungen der Kassenangestellten zum Heeresdienst wurden den Kassenverwaltungen nicht geringe Schwierigkeiten bereitet. Auf sie weist z. B. die Allgem. OKK. Landsberg a. W. hin. Sie erwähnt den fortwährenden Wechsel der Angestellten und die Nachteile durch das ungeschulte Personal. Dieselben Klagen bringt auch die OKK. für Handelsbetriebe in Mannheim vor. Den Ausfällen an geschultem Personal konnte die Kasse nicht gerecht werden. Bei den meisten Kassen sind in überwiegender Zahl weibliche Hilfskräfte angestellt.

An sonstigen bemerkenswerten Vorgängen ist zu erwähnen, daß die OKK. Dresden die „Betriebsrevisionen" einführte. Durch drei Beamte wurde bei den Arbeitgebern durch Einsichtnahme in die Lohnlisten, Lohnbücher usw. eine Nachprüfung der bei der Kasse bewirkten Meldungen vorgenommen. Es stellte sich heraus, daß für einen großen Teil der Mitglieder zu niedrige, den Tatsachen nicht entsprechende Löhne gemeldet waren. Es konnte die Nacherhebung von 33 627 *M* Kranken- und 8185 *M* Invalidenversicherungsbeiträgen vorgenommen werden. — Die OKK. für die Landgemeinden Gera hat gegenüber mehreren Arbeitgebern den § 384 RVO. (höhere Beiträge wegen größerer Krankheitsgefahr des Betriebes) zur Anwendung gebracht. Sie erzielte im Jahre 1917 von diesen Arbeitgebern eine Mehreinnahme von 26 380 *M*. Ohne diesen Betrag hätte die Kasse eine erhebliche Mindereinnahme gehabt. Die OKK. für das kaufmännische und Bureaupersonal in Düsseldorf und die Landkrankenkasse des Stadtkreises Düsseldorf haben eine „Verwaltungsgemeinschaft" (§ 406 RVO.) gegründet. Ihr Zweck ist die Anstellung gemeinsamer Beamten, Beschaffung gemeinsamer Geschäftsräume usw. Die

Einrichtung soll sich gut bewährt haben. In Hamburg wurde eine Prüfungsstelle der Krankenkassen gegründet, die sich nach ihrem ersten Bericht eine umfangreiche Aufgabe stellt. In der Hauptsache prüft sie ärztliche Verordnungen. Die OKK. für Fabriken in Cöln hat in Belgien einige Zweigstellen errichtet, die im Jahre 1917 durch Anstellung weiterer Ärzte, Einrichtung von Krankenanstalten usw. weiter ausgestaltet wurden.

Trotz der wirtschaftlichen Bedrängnis, in der sich die Kassen befanden, suchten sie doch ihren Zwecken, der Fürsorge für kranke Arbeiter in ausgedehnterem Maße gerecht zu werden. Ein gutes Zeichen für die Zweckmäßigkeit der Selbstverwaltung der Krankenkassen.

Zur Erhöhung der ärztlichen Gebühren

haben die fünf großen Krankenkassenverbände in folgender Bekanntmachung vom 10. September 1918 Stellung genommen:

Die Ministerien des Innern in Preußen, Bayern und Württemberg haben in letzter Zeit die Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnungen für eine Anzahl Verrichtungen, namentlich die Gebühren für Besuche und Beratungen, wesentlich erhöht. In Bayern und Württemberg gelten diese Sätze nur für die Privatpraxis. Es ist abzuwarten, inwieweit die Gebühren in der Krankenkassenpraxis hiervon berührt werden.

Die Erhöhungen sind erfolgt auf Antrag der Ärztevereinigungen. Sie wurden vorgenommen, obwohl die Krankenkassen-Hauptverbände die schwerwiegenden Bedenken, die während des Krieges gegen eine Erhöhung der Mindestsätze vom Standpunkte der Krankenkassen bestehen, den zuständigen Ministerien dargelegt haben. Die Krankenkassen-Hauptverbände als die Vertretung derjenigen Körperschaften, die in erster Linie von diesen Erhöhungen aufs schwerste betroffen werden, bedauern, daß ihnen vor Inkrafttreten derartig schwerwiegender Maßnahmen nicht Gelegenheit gegeben worden ist, den Ministerien ihre Auffassungen darzulegen; die Ärzte sind vorher gehört worden.

Die Erhöhung der Mindestsätze erfolgt zu einer Zeit, in der allenthalben die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Ärzten über den Abschluß neuer Verträge im Gange sind oder eingeleitet werden. Das Vorgehen bedeutet mithin eine weitgehende Unterstützung der Forderungen der Ärzte. —

Für die Verhandlungen der Krankenkassen mit den Ärzten ergeben sich aus der Änderung der Mindestsätze folgende Gesichtspunkte:

1. Kassen, die nach den jeweiligen Mindestsätzen der ärztlichen Gebührenordnung bezahlen: Bei diesen Kassen lautet die Forderung der Ärzte zumeist: Erhöhung der Besuchs- und Beratungsgebühr um 50 v. H. In den genannten drei Einzelstaaten ist diese Forderung nunmehr gewissermaßen amtlich gebilligt worden. Die Krankenkassen können jedoch nicht ohne weiteres die Auffassung der Ministerialbehörden gelten lassen, sondern haben die ihnen anvertrauten Interessen nach pflichtmäßigem Ermessen zu wahren, sie haben zu prüfen, einmal, ob die tatsächlichen Leistungen der Ärzte eine solche Erhöhung rechtfertigen, zum andern, ob die geldliche Leistungsfähigkeit der Kassen eine solche außerordentliche Erhöhung der Aufwendungen für ärztliche Versorgung zuläßt. Wo das nicht der Fall ist, müssen die Kassen veranlassen, daß nicht die jeweiligen amtlichen Mindestsätze als Besuchs- und Beratungsgebühren gelten, sondern daß die Höhe dieser Gebühren in dem Vertrage ziffernmäßig festgelegt wird. Wo die Leistungsfähigkeit der Kassen die Anerkennung der nunmehrigen amtlichen Mindestsätze nicht zuläßt, wird die Aufnahme von Sätzen in Höhe der bisherigen Mindestsätze anzustreben und gegebenenfalls ein Kriegszuschlag dazu bis zu 25 v. H. zu geben sein. Kassen, die nur die Behandlung der Familienangehörigen nach den einzelnen Leistungen bezahlen, müssen eine besondere Ermäßigung der Besuchs- und Beratungsgebühr für die Familienhilfe beanspruchen.

2. Kassen, die nach einem Pauschsatze bezahlen: Die Höhe des Pauschsatzes kann durch die Erhöhung der Mindestsätze nicht beeinflußt werden, auch wenn auf die einzelne Leistung eine Vergütung entfällt, die niedriger ist als der nunmehrige Mindestsatz. Auch hierbei muß die Höhe des Pauschsatzes ihre Grenze in der geldlichen Leistungsfähigkeit der Kassen haben. Die Verteilung der Pauschsumme nach Maßgabe der einzelnen Leistungen der Kassenärzte ist in den Verträgen durch die Berechnung nach Krankheitsfällen (Krankenscheinen) zu ersetzen, weil es die Ärzte durch beliebige Steigerung der einzelnen Leistungen in der Hand haben, den auf die einzelne Leistung entfallenden Betrag zu verringern. Die Feststellungen der Krankenkassen-Hauptverbände zeigen, daß trotz angeblich niedrigerer Entschädigung für die einzelne Leistung die meisten Kassenärzte sehr bedeutende Einkommen von den Krankenkassen erzielen.

Wo irgend angängig, muß die Bezahlung der einzelnen Leistung durch Pauschvergütung ersetzt werden. Im übrigen zeigt dieser Vorgang aufs neue, wie notwendig es ist, sowohl mit der Bezahlung der einzelnen Leistungen als mit der Pauschalierung zu brechen und die erforderliche Zahl von Ärzten gegen festes Jahresgehalt anzustellen.

Enthebung eines Kassenvorstandsmitgliedes gemäß §§ 24, 14 Abs. 2 RVO.

Ein Handwerksmeister, der infolge Übernahme einer versicherungspflichtigen Hilfsdienststelle Mitglied der Ortskrankenkasse dort geworden war, beschäftigt seit 1917 nur noch zwei, seit Frühjahr 1918 nur noch einen Versicherungspflichtigen in seinem — daneben fortgeführten — Gewerbebetrieb. Er ist nach Bekanntwerden dieser Tatsachen durch Beschluß des Versicherungsamts vom 21. Juni 1918 seines Amtes als Vorstandsmitglied gemäß § 14 Abs. 2 RVO. enthoben worden, da er nach dieser Bestimmung für die Bildung der Organe der Versicherungsträger den Arbeitgebern nicht mehr zugerechnet werden könne und die Voraussetzung seiner Wahl daher fortgefallen sei. Gegen den Beschluß hat der Betroffene Beschwerde erhoben mit der Begründung: Er werde binnen kurzem in seiner jetzigen Stellung eine Gehaltserhöhung erhalten, dadurch die Versicherungsgrenze überschreiten und aus der Versicherungspflicht ausscheiden. Eine infolge Hilfsdienstpflicht übernommene Beschäftigung könne ferner die Wirkung des § 14 Abs. 2 nicht auslösen; solche habe § 14 nicht treffen wollen, weil bei Inkrafttreten der Bestimmungen der RVO. mit der Hilfsdienstpflicht nicht gerechnet sei. Er könne schließlich, wenn Arbeitskräfte erhältlich wären, bedeutend mehr als zwei einstellen. — Die Beschwerde ist zurückgenommen, nachdem das vom Oberversicherungsamt um Äußerung ersuchte Versicherungsamt Stellung dahin genommen hatte: Ob beim Bekanntwerden der Voraussetzungen, die zur Enthebung führen müssen, Aussicht auf Gehaltserhöhung bestand, könne bei Absetzung des Beschlusses nicht in Betracht gezogen werden, weil maßgebend lediglich die zu dieser Zeit gel-

tenden Verhältnisse seien. Das Gesetz stehe offenbar auf dem Standpunkt, daß jemand, der selbst versichert sei, und nur so wenig Versicherungspflichtige, wie § 14 angebe, beschäftige, in seinen Interessen mehr auf seiten der Arbeitnehmer stehe, und daher die Interessen der Arbeitgeber im Kassenvorstand nicht dem Willen des Gesetzgebers entsprechend gewahrt wären, wenn von der Vorschrift des § 14 RVO. nicht Gebrauch gemacht wäre. Versicherung auf Grund hilfsdienstpflichtiger Beschäftigung sei ebenso zu behandeln wie Versicherung auf Grund anderer Beschäftigung, weil nach § 1 der Bundesratsverordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 eine solche Beschäftigung ganz allgemein den Vorschriften über die reichsgesetzliche Versicherung unterliege, soweit nicht — hier nicht vorliegende — Ausnahmen bestimmt seien. Ob der Versicherte in der Lage sei, noch weitere Versicherungspflichtige zu beschäftigen, sei unerheblich.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Verfahren, wenn es an Personen, die zu den Kassenorganen wählbar sind, fehlt.

1. **Vers.-Amt R.** Frage: Verschiedene Innungskrankenkassen sind infolge von Einberufungen zum Heeresdienst nicht mehr in der Lage, den Vorstand und den Ausschuß, die nicht mehr beschlußfähig sind, zu ergänzen, weil die volljährigen Mitglieder fehlen. Welche Maßnahmen sind nun vom Versicherungsamt zu treffen?

Antwort: Wir verweisen auf unsere Auskunft in ArbVers. 1916 S. 287 Ziff. 9.

Berechnung des für die Versicherungsberechtigung maßgebenden Einkommens (§ 178 RVO.) eines Ehegatten bei Gütergemeinschaft und beim gesetzlichen Güterrecht.

2. **Nach S.** Frage: Die W. M. in H. war früher Pflichtmitglied der sog. Bezirkskrankenpflegeversicherung S. und hat, nach Aufgabe ihrer Pflichtmitgliedschaft anläßlich ihrer Verheiratung, auf Grund des württ. Pflegeversicherungsgesetzes die Versicherung freiwillig fortgesetzt. Sie ist bei Inkrafttreten des 2. Buches der RVO., also seit 1. Januar 1914, Mitglied der für den Oberamtsbezirk S. gebildeten allgemeinen Ortskrankenkasse geworden. Nach den Erhebungen dieser hat das zur Versteuerung angemeldete Jahreseinkommen der W.'schen Eheleute den Betrag von nahezu 10 000 ℳ erreicht. In Wirklichkeit ist es viel größer und wird sicher mindestens das 1½ fache betragen. Das läßt sich aber aktenmäßig nicht nachweisen. Das württ. Einkommensteuergesetz bestimmt in Artikel 11, daß bei ehelicher Gütergemeinschaft das Einkommen beider Ehegatten vom Ehemann als Einheit zu versteuern sei. Davon ausgehend, daß diese einheitliche Behandlung für und gegen beide Ehegatten wirke und eine Ausscheidung und unterschiedliche Behandlung des Einkommens des einen Ehegatten praktisch unmöglich sei, hat der Vorstand beschlossen, das Versicherungsverhältnis der Ehefrau W. bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse S. gemäß § 178 RVO. zu kündigen. Gegen diesen Beschluß hat der Ehemann Beschwerde beim K. Versicherungsamt eingelegt. Dieses hat den Bescheid erteilt, daß die Versicherungsberechtigung der Ehefrau W. nicht erloschen sei. Die Begründung des Vorstandes werde nicht als zutreffend erachtet. Die Eheleute W. leben im gesetzlichen Güterrecht. Die Ehefrau habe nur 5000 ℳ in die Ehe eingebracht. Von dem Einkommen entfalle der Hauptanteil auf die Tätigkeit des Mannes. An demselben haben auch die 5 Kinder Anteil. Ist die Entscheidung des K. Versicherungsamts auch im Hinblick auf die Bestimmungen des Bürgerl. Gesetzbuches (§§ 1442 ff.) begründet? Trifft dies zu, dann ist es bei den nach § 313 RVO. weiterversicherten weiblichen Personen, wenn sie sich verheiraten, in 999 von 1000 Fällen praktisch unmöglich, den Beweis zu führen, daß das Einkommen der Versicherten die gesetzliche Einkommensgrenze überschreitet. — Wie stellt sich die Sache beim gesetzlichen Güterrecht?

Antwort: Wir treten der Kasse bei und halten die Auffassung des Versicherungsamts für unbegründet. Bei der Gütergemeinschaft wird das Vermögen des Mannes und das der Frau, einschließlich des Erwerbs eines jeden, gemeinschaftliches Vermögen beider Ehegatten (§ 1438 BGB.), jedoch so, daß kein Gatte über seinen Anteil verfügen oder Teilung verlangen kann (§ 1442). Das bedeutet allerdings, daß den Eheleuten nur Eigentum „zur gesamten Hand", nicht aber jedem von ihnen ein bestimmter Bruchteil an dem gemeinschaftlichen Vermögen und folglich auch am Einkommen zusteht (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 60 S. 128, 68 S. 412). Aber diese streng bürgerlich-rechtliche Auffassung des Verhältnisses muß für die vorliegende versicherungsrechtliche Frage zurücktreten gegenüber der wirtschaftlichen Betrachtung. Wenn nach § 178 RVO. die Versicherungsberechtigung erlischt, sobald das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 ℳ übersteigt, so will das Gesetz hierdurch Personen ausschließen, die es nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Lage des Versicherungsschutzes nicht für bedürftig erachtet. Unter diesem Gesichtspunkte darf nicht außer Betracht bleiben, daß die Lebenshaltung beider Eheleute bei bestehender Gütergemeinschaft im wesentlichen gleichmäßig durch die Höhe des Gesamtvermögens und des Gesamteinkommens beeinflußt wird und daß schließlich bei der Beendigung der Gütergemeinschaft das Reinvermögen den Ehegatten zu gleichen Teilen gebührt (§§ 1471 ff., 1476 BGB.). Das rechtfertigt es, im Sinne der §§ 178, 314 Abs. 2 RVO. schon jetzt

die Hälfte des gütergemeinschaftlichen Vermögens als Vermögen jedes Gatten und die Hälfte des dem gemeinschaftlichen Vermögen zuwachsenden Erwerbs als Einkommen jedes Gatten anzusehen, so daß die Versicherungsberechtigung der Ehefrau erloschen und folglich vom Vorstande der Kasse nach § 314 Abs. 2 zu verfahren ist, wenn er glaubhaft erfährt, daß das Gesamteinkommen beider Eheleute zusammen 8000 ℳ übersteigt. Die steuerliche Behandlung des Einkommens der Eheleute ist zwar versicherungsrechtlich nicht unmittelbar maßgebend, beruht aber gleichfalls auf der wirtschaftlichen Betrachtung des Verhältnisses und unterstützt insofern die hier dargelegte Auffassung.

Beim gesetzlichen Güterrecht (§§ 1363 ff. BGB.) ist das Vermögen der Frau der Verwaltung und Nutznießung des Mannes unterworfen als „eingebrachtes Gut“; zu diesem gehört auch, was die Frau während der Ehe erwirbt. Ausgenommen hiervon ist das „Vorbehaltsgut“ der Frau (§§ 1365 ff.), insbesondere ihr Erwerb aus Arbeit oder aus dem selbständigen Betrieb eines Erwerbsgeschäftes oder aus einem Rechtsgeschäft, das sich auf das Vorbehaltsgut bezieht (§§ 1367, 1370). Für das Vorbehaltsgut gelten die Grundsätze von der Gütertrennung (§§ 1371, 1426 ff.). Hiernach darf beim gesetzlichen Güterrecht allerdings behufs Feststellung des „regelmäßigen jährlichen Gesamteinkommens“ der Frau im Sinne der §§ 178, 314 Abs. 2 RVO. ihr Einkommen nur insoweit in Betracht gezogen werden, als es zum Vorbehaltsgut gehört, insbesondere etwa Arbeits- oder Geschäftseinkommen ist, während das Einkommen aus dem eingebrachten Kapital (Zinsen, Gewinnanteile usw.) dem Einkommen des Ehemannes zuzurechnen ist.

Verständigung zwischen Krankenkassen über Zugehörigkeit von Betrieben; Übergang der Leistungspflicht für Arbeitsunfähige.

3. **Nach Berlin.** Frage: Eine größere hiesige Firma, welche in allen Teilen Deutschlands feste Sägewerke besitzt, meldete die dort beschäftigten Arbeiter seit mehreren Jahren zu unserer Kasse an. Auf Grund einer Prüfung unsererseits wurde festgestellt, daß es sich bei diesen Sägewerken um selbständige Betriebe handelt, deren Arbeiter unzweifelhaft zu den für den Bezirk zuständigen Krankenkassen zu melden waren. Daraufhin haben wir mit der Firma vereinbart, sämtliche Personen vom 31. Dezember 1917 ab- und bei den zuständigen Krankenkassen anzumelden. Dies geschah auch mit den zur Zeit arbeitsunfähig Erkrankten. Wir waren nun der Meinung, daß die dortige Krankenkasse vom 1. Januar 1918 sämtliche Personen, auch die zur Zeit erkrankten, zu übernehmen hatte. Die dortigen Kassen sind jedoch gegenteiliger Ansicht und stützen sich hierbei auf § 212 RVO., welcher sich nur auf erwerbsfähige Mitglieder bezieht; die erwerbsunfähigen dagegen müßten gemäß § 311 der RVO. Mitglieder unserer Kasse bleiben. Wir bitten um Auskunft, ob wir verpflichtet sind, die Unterstützung der am 31. Dezember 1917 noch Erwerbsunfähigen auch über diesen Termin hinaus zu zahlen und ob die Mitgliedschaft bei der anderen Kasse erst mit dem Tage der Erwerbstätigkeit beginnt.

Antwort: Nach dem Inhalt der Anfrage nehmen wir an, daß die beteiligten anderen Kassen mit dem zwischen Ihnen und dem Arbeitgeber getroffenen Abkommen einverstanden waren. Dann ist ein Streit zwischen Krankenkassen über die Zugehörigkeit von Betrieben, wie er nötigenfalls durch Anrufung der Versicherungsbehörden nach § 258 RVO. auszutragen gewesen wäre, im Wege der Verständigung erledigt worden. Man wird daher dem Abkommen die gleiche Bedeutung und Wirkung beizulegen haben, die einer Entscheidung auf Grund des § 258 zugekommen wäre, d. h. mit dem 31. Dezember 1917 trat „das neue Versicherungsverhältnis“, also der Übergang zu den anderen Kassen in Kraft. Bei Versicherungspflichtigen beruht aber das Versicherungsverhältnis auf dem Beschäftigungsverhältnisse. War dieses am 31. Dezember 1917 bereits gelöst, so konnte sich ein Übergang zu einer anderen Kasse nicht mehr vollziehen und es blieb daher nur auf Grund des § 311 die Mitgliedschaft Arbeitsunfähiger bei der bisherigen Kasse und deren Leistungspflicht bestehen; dagegen gingen Arbeitsunfähige, deren Beschäftigungsverhältnis noch fortbestand, am 31. Dezember 1917 zu der anderen Kasse über, die folglich auch nach § 212 die weitere Leistung zu übernehmen hat. In diesem Sinne hat sich für ähnliche Fälle (§ 300) bereits Hahn in Anm. 2 zu § 301 geäußert und das RVA. hat mehrfach im gleichen Sinn entschieden (Entsch. 1933, 2028, Amtl. Nachr. 1914 S. 813 und 1915 S. 539); ebenso das sächs. und das bayer. LVA. (Entsch. und Mitt. des RVA. 5 S. 88, 6 S. 126).

Beitragsfreiheit für Krankheitszeiten bei Knappschaftsvereinen?

4. **Nach Hochemmerich.** Antwort: Die Verhältnisse der Knappschaftsvereine werden durch die Landesgesetze geregelt, in Preußen durch das Knappschaftsgesetz vom 17. Juni 1912 und durch die auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Satzungen. Der § 36 Abs. 2 des Gesetzes enthält eine dem § 383 RVO. entsprechende Vorschrift über Beitragsfreiheit bei der Krankenkasse. Diese Vorschrift ist zwingend und gilt daher auch, wenn sie nicht in die Satzung der knappschaftlichen Krankenkasse aufgenommen sein sollte. Dagegen fehlt es für die Pensionskasse an einer dem § 1393 Abs. 1 Ziff. 3 entsprechenden Vorschrift des Gesetzes.

Vollzug einer Entscheidung aus § 258 RVO. vor der Rechtskraft.

5. **Nach Nauen.** Frage: Eine Firma hat die von ihr in unserem Kassenbezirk beschäftigten Leute bei der Ortskrankenkasse des Sitzes der Firma angemeldet. In dem bei dem Versicherungsamt angestrengten Streit ist entschieden worden, daß die betreffenden Versicherten zu unserer Kasse zu melden sind, und zwar mit dem 29. April 1918. Die Firma hat nun Berufung beim Oberversicherungsamt eingelegt und weigert sich daraufhin, der Entscheidung des Versicherungsamts nachzukommen und die betreffenden Personen zu unserer Kasse zu melden. Ist die Firma hierzu trotz der eingelegten Berufung verpflichtet? Welches ist der einfachste Weg, sie hierzu anzuhalten?

Antwort: Das Rechtsmittel gegen die Entscheidung des Versicherungsamts ist nicht die Berufung, sondern die Beschwerde (§ 258 RVO.). Dies Rechtsmittel bewirkt keinen Aufschub (§ 130), aber das Oberversicherungsamt kann den Vollzug der angefochtenen Entscheidung aussetzen (§ 1794). Solange dies jedoch nicht geschehen ist, ist davon auszugehen, daß die Beschäftigten seit dem 29. April Ihrer Kasse anzugehören haben und daher bei dieser anzumelden sind. An einem „einfachen“ Wege, die Firma dazu anzuhalten, fehlt es aber leider. Die Kasse kann nur Strafanzeige wegen Verletzung der Meldepflicht beim Versicherungsamt erstatten (§ 530) und dieses

auch um Rechtshilfe nach § 115 ersuchen, um die nötigen Unterlagen für die Erhebung der Beiträge zu erlangen. Ebenso kann sie nach § 116 die bisherige Kasse um Mitteilung aller dort gemeldeten Beschäftigten der Firma und aller näheren für die Beitragsberechnung erforderlichen Angaben ersuchen.

Mitgliedschaft wird erst durch den Antritt der Arbeit begründet.

6. **Nach L.** Frage: Der Arbeiter B. wurde bei einer Bergbaugesellschaft um Arbeit vorstellig. Er erhielt einen Annahmeschein, mit dem er laut Vorschrift sich behufs Untersuchung auf seinen körperlichen Zustand zum Vertrauensarzt der Gesellschaft begab. Dieser erklärte ihn für arbeitsfähig. Des anderen Tages, 11. Mai, bevor B. sich zur Arbeit begab, fühlte er sich unwohl und zog einen anderen Arzt zu Rate, der ein Nierenleiden und Wassersucht feststellte und B. dem Ortskrankenhaus überwies. Nach Ansicht der Betriebskrankenkasse der Gesellschaft war B. bei der Annahme bereits arbeitsunfähig, und sie lehnt deshalb die Gewährung der Kassenleistungen ab, weil das Attest des Vertrauensarztes auf Irrtum oder Nachlässigkeit zurückzuführen sei. Ist die Krankenkasse berechtigt, die Unterstützungspflicht abzulehnen?

Antwort: Es kommt nicht darauf an, ob B., als er zur Arbeit angenommen wurde, zu ihrer Leistung fähig war. Vielmehr wird die Mitgliedschaft erst durch den tatsächlichen Antritt begründet. Zu diesem ist es aber gar nicht erst gekommen, und zwar deshalb nicht, weil B. wenigstens in dem Augenblick, da er mit der Arbeit hätte beginnen sollen, zu ihr nicht fähig war. Die Auffassung der Betriebskrankenkasse trifft somit zu (vgl. ArbVers. 1918 Heft 17 S. 310 Ziff. 2).

Weiterversicherung eines Unständigen (§§ 446, 447 RVO.).

7. **Nach Hadersleben.** Frage: Ein Arbeiter, der als unständiges Mitglied bei der Kasse eingetragen ist, hat wegen Beihilfe zur Fahnenflucht eine Freiheitsstrafe von neun Monaten verbüßt. Nachher ist eine Arbeitsleistung von ihm nicht ausgeführt worden. Nach einem Attest des Kassenarztes mußte Krankenhausbehandlung eintreten, da er an Nervosität litt und infolge der verbüßten Freiheitsstrafe stark heruntergekommen ist. Der Vorstand der Kasse vertritt daher die Ansicht, daß nicht durch die Krankheit allein, sondern in der Hauptsache durch die Freiheitsstrafe der jetzige Körperzustand eingetreten ist, und daß keine Krankheit, die nach der RVO. von der Kasse zu entschädigen ist, vorliegt. Bei Antritt der Freiheitsstrafe ist der Kasse eine Mitteilung über die beendete versicherungspflichtige Beschäftigung nicht zugegangen und sind die Kassenbeiträge von den Angehörigen des Arbeiters eingezahlt worden. Ist die Kasse demnach berechtigt, den Arbeiter in der Liste der Unständigen nachträglich zu löschen?

Antwort: Ganz unbegründet ist die Meinung des Vorstandes, daß eine Krankheit, für die die Kasse aufzukommen hat, nicht vorliege, weil der gegenwärtige Zustand im wesentlichen die Folge der verbüßten Strafe sei. Die Ursache der Krankheit ist grundsätzlich ohne Bedeutung für die Leistungspflicht der Kasse (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 b zu § 182 RVO.). Um diese Pflicht kann die Kasse auch nicht dadurch herumkommen, daß sie den Unständigen nachträglich im Mitgliederverzeichnis löscht. Die Löschung wäre unzulässig. Nimmt man an, daß der Unständige bei der Länge der Freiheitsstrafe an sich hätte gelöscht werden müssen, so konnte er sich doch nach § 313 RVO. weiterversichern, und dies ist wirksam dadurch geschehen, daß die Angehörigen die Beiträge für ihn weiterzahlten (§§ 446, 447 RVO.; zu vgl. Entsch. des sächs. LVA. in ArbVers. 1918 Heft 16 S. 313).

Das Ruhen der Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. tritt auf Antrag kraft Gesetzes ein.

8. **Nach Essen.** Antwort: Das Ruhen der Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. tritt mit dem Eingange des Antrags des Ersatzkassenmitglieds oder der nach § 519 Abs. 2 hierzu ermächtigten Ersatzkasse kraft Gesetzes ein, ohne daß es hierzu einer besonderen Erklärung oder Entscheidung der Kasse (etwa wie im Falle der „Befreiung" nach § 175) bedarf (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 a zu § 517). Daß die Ersatzkasse den gesetzlichen Anforderungen für ihre Zulassung genügt (§§ 503 ff.), wird durch die ihr darüber erteilte Bescheinigung mit bindender Bedeutung für alle Beteiligten erwiesen (§ 515 Abs. 2). Der Pflichtkasse steht es daher nicht zu, den Antrag zurückzuweisen, weil das Krankengeld bei der Ersatzkasse dem § 507 nicht genüge. Eine andere Frage ist nur, ob das Mitglied sich mit dem (angeblich) hinter der Anforderung des § 507 zurückbleibenden Krankengeld begnügen muß (zu vgl. Hahn, Anm. zu § 515). Die Pflichtkasse wird von einem möglichen Zweifel hierüber nicht berührt. Hiernach ist die Ersatzkasse im Recht und ihre Berufung auf die Entsch. des OVA. Düsseldorf (vgl. ArbVers. 1915 S. 397 b) begründet.

Versetzung eines Kassenbeamten an eine andere Stelle.

9. **Nach Iserlohn.** Antwort: Die bezahlten Stellen im Kassendienst werden nach § 349 Abs. 1 RVO. durch übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen im Vorstande „besetzt". Unter Besetzung ist hierbei die Auswahl bestimmter Personen für bestimmte Betätigungen zu verstehen; daher ist auch bei einer Versetzung an eine andere Stelle im Betriebe derselben Kasse der § 349 Abs. 1 zu beachten (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1c zu § 349). Aber eine solche Versetzung liegt nur vor, wenn dem Beamten oder Angestellten eine Betätigung von wesentlich anderer Art zugewiesen wird. Sind bei Ihrer Kasse nach dem Regulativ für die Dienstverhältnisse der Beamten mehrere im wesentlichen gleichartige Stellen „leitender Beamten", so ist ein bloßer Wechsel innerhalb dieser Stellen keine Versetzung in ein anderes Amt und keine neue Besetzung im Sinne des § 349 Abs. 1, sondern eine bloße Angelegenheit der inneren Ordnung und Geschäftsverteilung, die nach § 342 Sache des Vorstandes oder des Vorsitzenden (§ 5 Abs. 3) ist. Dem „ersten" Beamten wird eine Maßnahme dieser Art nur zustehen, wenn er vom Vorstande dazu ermächtigt ist. Der von der Maßnahme betroffene Beamte kann dagegen nicht auf dem im Regulativ für Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse vorgeschriebenen Wege vorgehen, sondern nur die Aufsichtsbehörde anrufen, wenn er meint, daß das Gesetz — wozu auch das Regulativ gehört — oder die Satzung verletzt sei (§ 30). Denn es handelt sich eben nicht um eigentliche „Rechte" des Beamten, sondern um die bloße Regelung des Kassendienstes.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1224 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 21. Oktober 1918. Heft 30

Zur Kassenzugehörigkeit der Bauarbeiter.

Von Wirklichem Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I.

Von Anfang der Krankenversicherung an ist für die Kassenzugehörigkeit der Beschäftigungsort maßgebend gewesen, in der Erwägung, „die Verpflegung des erkrankten Arbeiters möglichst nahe an die Stelle zu rücken, wo der Gesunde seine Kräfte zur Arbeit eingesetzt hat". Der Grundsatz hat seinen klaren Ausdruck zuerst im § 5 KVG. gefunden, der vorschrieb, daß denjenigen Personen, für welche die Gemeindekrankenversicherung einzutreten habe, von der Gemeinde, in deren Bezirk sie beschäftigt waren, im Falle einer Krankheit oder einer durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit Krankenunterstützung zu gewähren sei. Ebenso waren nach § 16 KVG. die Gemeinden berechtigt, für die „in ihrem Bezirk beschäftigten" versicherungspflichtigen Personen Ortskrankenkassen zu errichten. Bei Beratung des § 5 wurde zwar in der Reichstagskommission der Versuch gemacht, über die Kassenzugehörigkeit solcher Personen, welche abwechselnd an verschiedenen Orten beschäftigt werden, Vorschriften aufzunehmen. Dementsprechend war in der Reichstagskommission der Antrag gestellt, dem § 5 folgenden Absatz anzufügen:

„Wird das Unternehmen, in welchem eine Person beschäftigt ist, im Bezirke mehrerer Gemeinden betrieben, so ist die Lage derjenigen Betriebsstätte entscheidend, in welcher die Beschäftigung stattfindet. Wird eine Person außerhalb einer bestimmten Betriebsstätte oder an mehreren Betriebsstätten beschäftigt, so liegt die Gewährung der Krankenunterstützung derjenigen Gemeinde ob, in welcher das Unternehmen betrieben wird."

In zweiter Lesung überzeugte man sich jedoch, daß auch diese Fassung bei der praktischen Anwendung keineswegs in allen Fällen Zweifel ausschließe, und daß es am zweckmäßigsten sei, die Regierungsvorlage wiederherzustellen und der Praxis die Anwendung derselben auf den Einzelfall zu überlassen; vgl. Komm.-Ber. z. KVG. vom 15. Juni 1883 (RGBl. S. 73) S. 22.

II. Schon vor dem Inkrafttreten des KVG. ergaben sich Zweifel über die Kassenzugehörigkeit der bei Bauten beschäftigten versicherungspflichtigen Personen. Es wurde deshalb in einem Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe vom 22. Oktober 1884 darauf hingewiesen, daß bei Gewerbebetrieben, deren Natur die Ausführung von Arbeiten an wechselnden Orten außerhalb der Betriebsstätte bedinge, nicht die jeweilige Arbeitsstätte, sondern der Ort der gewerblichen Niederlassung als Beschäftigungsort gelten müsse. Bei der Unverbindlichkeit dieser Anweisung für die ordentlichen Gerichte wurde naturgemäß auf diesem Wege ein befriedigendes Ergebnis nicht erreicht. Das Bedürfnis nach einer gesetzlichen Regelung bestand unvermindert fort und führte dazu, daß durch die Novelle z. KVG. vom

10. April 1892 (RGBl. S. 379) als § 5a Abs. 1 folgende Vorschrift in das Gesetz aufgenommen wurde:

„Für Personen, welche in Gewerbebetrieben beschäftigt sind, deren Natur es mit sich bringt, daß einzelne Arbeiten an wechselnden Orten außerhalb der Betriebsstätte ausgeführt werden, gilt auch für die Zeit, während welcher sie mit solchen Arbeiten beschäftigt sind, als Beschäftigungsort der Sitz des Gewerbebetriebes."

In der Begründung (S. 39) wurde dazu folgendes ausgeführt:

„Es gibt eine Reihe von Gewerbetreibenden, welche die zu ihrem Betriebe gehörigen Arbeiter nur zum Teil in ihren Betriebsstätten, zum Teil bald an diesem, bald an jenem Ort, und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gemeindebezirkes, in denen ihre Betriebsstätte gelegen ist, ausführen lassen.

Die mit Arbeiten der letzteren Art beschäftigten Arbeiter würden bei strenger Anwendung der im ersten Absatz aufgestellten Regel stets in derjenigen Gemeinde zu versichern sein, in deren Bezirk sie jeweilig die ihnen übertragene Arbeit ausführen. Daraus würde sich ein beständiger Wechsel ihres Versicherungsverhältnisses ergeben, welcher nicht nur für sie selbst, sondern auch für ihre Arbeitgeber und die beteiligten Gemeindekrankenversicherungen erhebliche Unbequemlichkeiten und Unzuträglichkeiten zur Folge haben würde. Es empfiehlt sich daher, die neue Bestimmung des Abs. 1, nach welcher für die mit solchen Arbeiten beschäftigten Personen als Beschäftigungsort der Sitz des Gewerbebetriebes gelten soll."

Die Gerichte legten zunächst diese neue Vorschrift dahin aus, daß sie auf Bauten keine Anwendung finden könne, weil der Bau als eine „einzelne Arbeit", d. h. als eine Arbeit von kurzer Dauer, nicht angesehen werden könne und auch die „Natur" des Gewerbebetriebs der Bauunternehmer es nicht mit sich bringe, daß „einzelne" Arbeiten an wechselnden Orten außerhalb der Betriebsstätte „ausgeführt" würden. Auf den entgegengesetzten Standpunkt stellte sich das Reichsgericht — vgl. Entsch. i. Zivils. vom 7. Februar 1895 (Bd. 34 S. 130, Arb.-Vers. S. 189) und vom 3. Dezember 1896 (Bd. 38 S. 109), indem es davon ausging, daß Personen, die von Bauunternehmern und ähnlichen Gewerbtreibenden außerhalb der Betriebsstätte beschäftigt würden, am Sitz des Gewerbebetriebs zu versichern seien, sofern der Bau selbst nicht als Betriebsstätte, d. h. als bleibender Mittelpunkt und Sitz des Gewerbebetriebs anzusehen sei; und zwar gelte dieser Grundsatz sowohl für die Arbeiter, die vom Sitz des Gewerbebetriebs nach außerhalb verschickt würden, als auch für diejenigen Arbeiter, welche schon vor Beginn der Arbeiten am Arbeitsorte wohnten und nur zu der dort zu verrichtenden Arbeit angenommen würden. Zur Rechtfertigung für diese Verwechslung der Begriffe „Betriebsstätte" und „Betriebssitz" berief sich das Reichsgericht auf die Erwägung, daß durch die Vorschrift des § 5a Abs. 1 KVG. gesetzlich das festgelegt worden sei, was durch den Erlaß vom 22. Oktober 1884 und die gleichlautenden Anweisungen der übrigen obersten Verwaltungsbehörden feststehende Regel geworden sei. Obwohl diese Auslegung weder im Gesetz noch in seiner Begründung eine Unterlage fand und auch in der Literatur nachdrücklichst bekämpft wurde, haben sich auch die übrigen höchsten Gerichtshöfe dieser Auffassung angeschlossen, zumal auf Anregung des Reichskanzlers die obersten Verwaltungsbehörden den Aufsichtsbehörden und den höheren Verwaltungsbehörden empfohlen hatten, die gleichen Grundsätze bei der Entscheidung von Streitigkeiten auf Grund des § 58 Abs. 1 und des § 57b zur Anwendung zu bringen; vgl. Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe vom 25. Mai 1895 (ArbVers. S. 380). Von höchstgerichtlichen Entscheidungen sind die Entscheidungen des Kammergerichts vom 25. Februar 1894 und vom 22. April 1895 (ArbVers. 1895 S. 105, 295) sowie die Entscheidungen des Preuß. OVG. vom

26. März 1896 (Bd. 29 S. 323) und des RVA. vom 9. Dezember 1900 (Amtl. Nachr. 1901 S. 178), diese zur Auslegung des § 65 Abs. 3 JVG., zu erwähnen.

Danach ergab sich hinsichtlich der Neubauten folgende Rechtslage: Da unter einzelnen Arbeiten nicht nur Arbeiten von kurzer Dauer und nicht nur Arbeiten, die von wenigen Arbeitern ausgeführt wurden, zu verstehen waren, so leistete ein Maurermeister, der gewerbsmäßig von der großen Stadt, also vom Mittelpunkt seines Betriebs aus, bald an diesem, bald an jenem Ort außerhalb der Stadt Bauten ausführte oder ausführen ließ, bei einem solchen Geschäftsumfange mit jeder Bauausführung außerhalb des Betriebsorts, im Gegensatz zum Hauptgewerbebetrieb in der Stadt, eine einzelne Arbeit. Notwendige Voraussetzung war allerdings, daß der Unternehmer von seinem Betriebssitz aus die Leitung des einzelnen außerhalb desselben auszuführenden Baues in der Hand behielt. Die Leitung der Maurerarbeiten durch einen Maurerpolier schloß die Anwendung des § 5a nicht aus, denn bei der Ausführung von Arbeiten außerhalb des Betriebsortes ist die Anwesenheit eines Maurerpoliers zur Beaufsichtigung von Arbeiten und ihrer Arbeiter unumgänglich und allgemein üblich. Dagegen lag ein selbständiger Teilbetrieb vor, wenn ein besonderes Baubureau errichtet oder ein besonderer Architekt mit der Leitung des Baubetriebs beauftragt worden war.

III. Bei diesen Meinungsverschiedenheiten konnte die Regelung des § 5a Abs. 1 KVG. nicht wohl als endgültig angesehen werden. Die RVO. hat infolgedessen den Versuch einer neuen Regelung unternommen. Die hierfür in Betracht kommenden Abs. 2 bis 4 des § 153 lauten:

„Für Versicherte, die an einer festen Arbeitsstätte (Betriebs-Dienststätte) beschäftigt werden, gilt dieser als Beschäftigungsort, auch während sie außerhalb für den Arbeitgeber einzelne Arbeiten von geringer Dauer ausführen.

Das gleiche gilt für Versicherte, die von einer festen Arbeitsstätte aus nur mit einzelnen Arbeiten wechselnd in Bezirken verschiedener Orts- oder Landkrankenkassen beschäftigt werden.

Es gilt ferner für Versicherte, die nur für einzelne Arbeiten außerhalb der festen Arbeitsstätte angenommen sind, sofern diese und ihr Arbeitsort im Bezirk desselben Versicherungsamts liegen."

In der Begründung (S. 75 bis 78) wird zunächst die bisherige Auslegung des § 5a Abs. 1 KVG. dargestellt und dann folgendes ausgeführt:

„Es ist nicht Sache des vorliegenden Entwurfs, zu den erwähnten Streitfragen Stellung zu nehmen, soweit dabei die Auslegung des jetzt geltenden Rechts in Frage steht. Wohl aber versucht er seinerseits den Gegenstand in der Weise zu ordnen, die dem praktischen Bedürfnis am besten entspricht. Der Zweck der ganzen Vorschrift besteht darin, die Unzuträglichkeiten zu vermeiden oder abzuschwächen, die für den Arbeitgeber wie den Versicherten mit einem häufigen Wechsel der Kassenmitgliedschaft infolge einer nur vorübergehenden Tätigkeit verbunden sind. Da es sich aber um eine Ausnahmebestimmung handelt, darf sie nicht über das gebotene Maß hinaus wirken. Nehmen die Arbeiten am fremden Ort einen solchen Umfang und eine solche Dauer an, wie beispielsweise bei einer Monate hindurch währenden Bauausführung, so kann für die Personen, welche die Arbeit auszuführen haben, nicht mehr von einer nur vorübergehenden Beschäftigung gesprochen werden. Dies gilt auch dann, wenn der Unternehmer sie sonst an seinem Betriebssitz beschäftigt und sie von dort aus entsendet hat. Bei der Dauer ihrer Beschäftigung an einer auswärtigen Arbeitsstätte solcher Art gewinnen sie zu deren Ort ohnehin so viele Berührungspunkte, daß ihnen ohne Unbilligkeit und allzu große Unbequemlichkeit für sie selbst und ihren Arbeitgeber wohl auch zugemutet werden darf, als Mitglieder bei der dort örtlich zuständigen

Krankenkasse einzutreten. Der Entwurf hat demgemäß im § 153 den Ausdruck „feste Arbeitsstätte" im beabsichtigten Gegensatze zu dem „Sitze des Betriebs" gewählt, sofern dieser sich an einem anderen Ort befindet. Durch die Beifügung der Worte „Betriebsstätte, Dienststätte" soll klargestellt werden, daß die Vorschrift jede Art einer versicherten Beschäftigung treffen will. Nur da, wo wegen der kurzen Dauer und des geringen Umfangs der verschiedenen Einzeltätigkeiten überhaupt eine feste Arbeitsstätte angenommen werden kann, soll dafür der Sitz des Betriebs eintreten.

Der Entwurf hält es aber für geboten, Rücksicht nicht nur auf die vom Arbeitgeber nach außerhalb verschickten Versicherten, sondern auch auf diejenigen zu nehmen, welche erst an der auswärtigen Arbeitsstätte und lediglich für diese angenommen werden. Regelmäßig pflegen diese dort auch sonst ihren Beschäftigungsort zu haben und bei der dort örtlich zuständigen Krankenkasse versichert zu sein. Für den Arbeitgeber mag es bequemer sein, auch diese Beschäftigten bei der im übrigen für seine Leute zuständigen Krankenkasse zu versichern, um nur mit einer Kasse zu tun zu haben. Ob dies stets der Fall sein wird, muß auch noch dahingestellt bleiben. Jedenfalls aber ist für die betroffenen Versicherten der Wechsel der Kassenmitgliedschaft, der häufig nur von ganz kurzer Dauer ist, recht lästig. Überdies passen die Beitrags- und Unterstützungssätze der auswärtigen, vielleicht weit abgelegenen Kasse für ihre Verhältnisse oft durchaus nicht. Auch wird dann, wenn diese Versicherten erkranken, doch meistens wieder ihre alte Kasse vermöge der Vorschrift des § 219 zur Aushilfe herangezogen werden. Gegenüber der erwähnten Auslegung des jetzigen Gesetzes, die eine vom Betriebssitz getrennte Betriebsstätte in der Regel nicht anerkennt, wird der in Rede stehenden Gruppe schon durch die Festlegung des Begriffs der festen Arbeitsstätte insoweit geholfen, als es sich um Arbeiten von längerer Dauer handelt. Soweit aber nur einzelne Arbeiten in dem beschränkteren Sinne des Entwurfs geleistet werden, sind diese Versicherten durch die Fassung des § 153 gegen den Zwang, die Kasse zu wechseln, geschützt. Sie bleiben Mitglieder der Kasse, in deren Bezirk ihre tatsächliche Arbeitsstätte liegt.

Eine Ausnahme macht der vierte Absatz des § 153 indessen bei Personen dieser Art für den Fall, daß ihre tatsächliche Arbeitsstätte im Bezirk desselben Versicherungsamts liegt wie die feste Arbeitsstätte, von der aus sie beschäftigt werden. Die Ausnahme liegt im Interesse der beteiligten Arbeitgeber, weil sich in diesen Fällen die Unbequemlichkeiten aus der Zugehörigkeit ihrer Arbeiter zu verschiedenen Kassen zu sehr häufen könnten; sie ist auch für die Versicherten deshalb weniger bedenklich, weil die Verhältnisse innerhalb des Bezirks des nämlichen Versicherungsamts in der Regel nicht allzusehr voneinander abzuweichen pflegen. Es ist häufiger der Gedanke aufgetaucht, eine solche Ausnahme auf die Fälle abzugrenzen, in denen der tatsächliche Arbeitsort im Umkreis einer bestimmten Zahl von Kilometern von der festen Arbeitsstätte aus liegt. Die Absicht ist eine ähnliche wie die des Entwurfs, die Größe der Entfernung würde dann aber doch mehr oder minder willkürlich bestimmt werden müssen. Deshalb erschien es zweckmäßiger, statt eines solchen überall gleichen Umkreises den Bezirk des Versicherungsamts einzusetzen, der ein in sich abgeschlossenes Ganzes bildet. Sonst würden in Grenzbezirken auch Personen, die in keiner Weise dem Organismus inländischer Betriebe angegliedert sind und lediglich für einzelne Arbeiten im Ausland angenommen sind, unter Umständen als an der inländischen festen Arbeitsstätte beschäftigt anzusehen sein. Es ist aber sachlich nicht berechtigt, wenn Personen dieser Art infolgedessen in die Reichsversicherung eingezogen werden müßten."

IV. Die durch die Reichsversicherungsordnung für Bauarbeiter geschaffene Rechtslage läßt sich kurz dahin zusammenfassen, daß ein Bau nicht als eine Arbeit von kurzer

Dauer im Sinne des § 153 Abs. 2 RVO. angesehen werden kann, und daß daher als Regel die Versicherung bei der Krankenkasse stattfinden muß, in deren Bezirk der Bau ausgeführt wird. Es soll also damit im wesentlichen das erreicht werden, was bereits mit der Einfügung des § 5a in das Krankenversicherungsgesetz beabsichtigt worden war, nämlich auch für Bauarbeiter die Verpflegung des erkrankten Arbeiters möglichst nahe an die Stelle zu rücken, wo der gesunde seine Kräfte einsetzt. Nur wenn sich der Bau und der Sitz des Gewerbebetriebs im Bezirk des gleichen Versicherungsamts befinden, soll die Versicherung bei der für den Sitz des Gewerbebetriebs zuständigen Krankenkasse Platz greifen.

Die Erfahrungen, die seit dem Inkrafttreten des § 153 RVO. gemacht worden sind, lassen erkennen, daß die bezeichneten Neuerungen keine glückliche Lösung der alten Streitfrage darstellen. Auch jetzt treten Streitigkeiten wiederum bei Bauten, die in der Umgegend großer Städte, namentlich auch in den Vororten Berlins ausgeführt werden, hervor. Gerade während des Krieges sind hier für die Militärverwaltung umfangreiche Bauten entstanden, bei denen zahlreiche der Ortskrankenkasse der Maurer in Berlin angehörige Maurer tätig sind. Arbeitgeber und Arbeiter einerseits und die in Rede stehende Ortskrankenkasse andererseits waren der übereinstimmenden Meinung, daß es für alle Beteiligten das zweckmäßigste sei, trotz der Beschäftigung außerhalb des Kassenbezirks die Kassenzugehörigkeit der Beschäftigten nicht zu ändern. Nicht einverstanden damit sind die für den Ort des Baues zuständigen Kassen, die unter Hinweis auf die Vorschriften des Gesetzes die bei Bauten in ihrem Bezirk beschäftigten Maurer für sich in Anspruch nehmen. Allenthalben sind infolgedessen Streitigkeiten über die Kassenzugehörigkeit entstanden, die im Hinblick auf die gesetzliche Regelung durchweg zugunsten der Kasse des Beschäftigungsorts entschieden werden mußten. Die Ausnahmeregelung des Abs. 4 mußte dabei so gut wie ausscheiden, weil die Bauten fast ausschließlich nicht in dem Bezirk des Versicherungsamts liegen, in dem der Sitz des Betriebs belegen ist. Dadurch sind, ganz abgesehen von der damit zusammenhängenden Rechtsunsicherheit, für die Arbeitgeber und die Versicherten empfindliche Unzuträglichkeiten hervorgerufen worden. Da die Arbeitgeber vielfach gleichzeitig mehrere Bauten in verschiedenen Orten ausführen und die Arbeiter bald am Sitz des Betriebs, bald auf diesem oder jenem Bau beschäftigt werden, so tritt ein fortwährender Kassenwechsel ein, der die Arbeitgeber zu fortgesetzten Ummeldungen zwingt und sie mit lästigem Schreibwerk belastet, auch leicht einer Bestrafung aussetzt. Für die Versicherten, die bei demselben Arbeitgeber Jahre hindurch im festen Arbeitsverhältnis stehen und auch in der Regel am Sitz des Betriebes wohnen, ergeben sich daraus gleichfalls empfindliche Nachteile; sie bestehen vor allem darin, daß mit dem Wechsel der Kasse in der Regel eine Änderung der Kassenleistungen verbunden ist, und daß sie die durch langjährige Beitragszahlungen erworbenen Ansprüche auf bestimmte, ihnen zusagende Leistungen der Kasse einbüßen. Sie empfinden es naturgemäß auch unangenehm, daß sie ihrer Ehrenämter in der Kassenverwaltung verlustiggehen. Aber auch den Krankenkassen entsteht durch die fortgesetzten Meldungen eine erhebliche Verwaltungsarbeit, zu der noch die ständige Unsicherheit über den Mitgliederbestand und die Leistungspflicht der Kasse hinzukommt. Es liegt daher auf der Hand, daß von allen Seiten auf eine andere „Auslegung" des Gesetzes hingearbeitet wird, mit dem Ziel, zum mindesten eine von der gesetzlichen Vorschrift abweichende Vereinbarung unter den Kassen und Arbeitgebern für zulässig zu erklären. Es ist nicht wohl anzunehmen, daß sich ein solcher Weg als gangbar erweisen wird, denn die Kassenzugehörigkeit entsteht kraft Gesetzes auf Grund der versicherungspflichtigen Beschäftigung, und ohne eine gesetzliche Unterlage ist die nach der Vorschrift des Gesetzes zu-

ständige Krankenkasse weder berechtigt noch verpflichtet, auf die ihr zukommenden Kassenmitglieder zugunsten einer anderen Kasse zu verzichten. Aber selbst wenn sich die Kassen zu einer entsprechenden Vereinbarung bereit finden lassen sollten, so hätte eine solche für die Behörden der Reichsversicherung keine bindende Kraft. Im Streitfalle würde infolgedessen bei jeder Gelegenheit eine der Parteien den Einwand erheben können, daß die Vereinbarung gegenüber dem Gesetz eine Wirkung nicht habe. Sie könnte sich dabei auf die bisherige Rechtsprechung berufen.

Das Sächsische Oberverwaltungsgericht hat in der Entscheidung vom 6. Februar 1909 (ArbVers. S. 793) die Zulässigkeit einer Vereinbarung über die Mitgliedschaft zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern verneint. Denn die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse beruhe auf festen, teils vom Ort, teils von der Art der Beschäftigung des Arbeitnehmers abhängigen Grundsätzen. Jeder Ortskrankenkasse sei insbesondere ein bestimmter Bezirk zugewiesen und es sei mit dem ganzen System, auf dem die Krankenversicherung aufgebaut sei, unvereinbar, die bestehenden Grenzen im Wege der freien Vereinbarung durch die beteiligten Kassen und die Unternehmer zu durchbrechen. Eine solche vertragsmäßige, von der gesetzlichen Regel abweichende Ordnung der Kassenzuständigkeit würde unter Umständen zu einer wesentlichen Benachteiligung der in den betreffenden Betrieben beschäftigten Arbeiter und gegebenenfalls auch der Krankenkassen selbst führen. Sie sei daher, wenngleich das Gesetz ein hierauf bezügliches Verbot nicht enthalte, von allgemeinen Gesichtspunkten aus nicht statthaft und demnach rechtlich wirkungslos. Das Reichsgericht — Entsch. in Zivils. vom 25. Januar 1904 (Bd. 56 S. 346) — hat sich auf den gleichen Standpunkt gestellt.

V. Gegenüber dem Krankenversicherungsgesetz hat die Zahl der Streitigkeiten über die Kassenzugehörigkeit der Bauarbeiter erheblich zugenommen. Das hat aber seinen Grund nicht etwa darin, daß die Reichsversicherungsordnung der maßgebenden Auslegung des § 5a KVG. nicht gefolgt ist und die ursprünglich mit dieser Vorschrift beabsichtigte Regelung wieder aufgegriffen hat, sondern findet seine Erklärung hauptsächlich in der veränderten Stellung, die den Ersatzkassen durch die Reichsversicherungsordnung zugewiesen ist. Nach dem Krankenkassenversicherungsgesetz waren Mitglieder der Hilfskassen, die Träger der Krankenversicherung nach § 75 KVG. waren, von allen Beziehungen zu den Pflichtkassen losgelöst. Der Arbeitgeber brauchte sich um ihre Versicherung nicht zu kümmern und konnte seinen Arbeitern die Durchführung der Krankenversicherung überlassen. Es ist bekannt, daß gerade im Baugewerbe die Arbeitgeber den größten Wert darauf gelegt haben, nur Arbeiter einzustellen, die Mitglieder solcher Hilfskassen waren. Diese Übung war so verbreitet, daß daraus in der Öffentlichkeit der Schluß gezogen worden ist, die Bauunternehmer wollten die Beiträge zur Krankenversicherung sparen und sich auch sonst von der Durchführung der Krankenversicherung tunlichst fernhalten. Gegen die Berechtigung dieses Vorwurfs sprach schon die Erwägung, daß das auf den Arbeiter abgewälzte Arbeitgeberdrittel bei der Regelung der Lohnverhältnisse eine ausgleichende Berücksichtigung finden mußte. Wäre das nicht der Fall gewesen, so hätten aller Wahrscheinlichkeit nach die Arbeiter gegen diese offenkundige Bevorzugung der Hilfskassen nachdrücklichst Einspruch erhoben.

Durch die Reichsversicherungsordnung ist die Stellung der Hilfskassen, die jetzt die Bezeichnung „Ersatzkassen" führen, zu den Pflichtkassen erheblich geändert worden. Die Mitglieder der Ersatzkassen bleiben Mitglieder der Pflichtkassen, mit der Maßgabe jedoch, daß auf Antrag ihre Rechte und Pflichten bei der Pflichtkasse ruhen. Daraus folgt für den Arbeitgeber die Notwendigkeit, nicht nur die zuständige Kasse zu kennen, sondern auch bei ihr alle Arbeiter, ohne Rücksicht darauf, ob sie Mitglieder einer Ersatzkasse sind oder nicht, und ob ihre Rechte und

Pflichten bei der Ersatzkasse ruhen, an- und abzumelden, auch das Arbeitgeberdrittel an die Pflichtkasse abzuführen. Gerade aus dieser veränderten Rechtslage, durch die dem Arbeitgeber im Bauunternehmergewerbe die Erleichterung durch die Ersatzkassen entzogen ist, muß die auffällige Tatsache erklärt werden, daß das Verlangen nach einer Änderung des Gesetzes gleich mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung in so starkem Maße eingesetzt hat.

VI. Hat somit weder die Auslegung, die dem § 5a Abs. 1 KVG. zuteil geworden ist, noch die Regelung im § 153 Abs. 2 bis 4 RVO. zu einem erträglichen Zustand geführt, so bleibt nichts anderes übrig, als nach einer besseren Gestaltung der Rechtslage Umschau zu halten. Nach den gemachten Erfahrungen kann sie nur dadurch erreicht werden, daß für Bauten eine besondere von der allgemeinen Regel abweichende Vorschrift in das Gesetz aufgenommen wird. Aus den Ausführungen in der oben mitgeteilten Begründung zum § 153 RVO. geht hervor, daß schon im Hinblick auf die bei Handhabung des § 5 KVG. hervorgetretenen Schwierigkeiten der Vorschlag gemacht worden war, als Beschäftigungsort der außerhalb des Sitzes des Betriebs beschäftigten Personen den Sitz des Gewerbebetriebs anzusehen, wenn der tatsächliche Arbeitsort im Umkreis einer bestimmten Zahl von Kilometern von der festen Arbeitsstätte lag. Hiermit ist offenbar der Vorschlag gemeint, den ich in der ArbVers. 1895 S. 364 ff. gemacht habe. Er beschränkt sich auf Arbeiten an Bauten und lautet dahin:

„Bei Bauten, die in einem Umkreise bis zu 15 km von der Gemeinde, in deren Bezirk die Betriebsstätte belegen ist, ausgeführt werden, gilt als Beschäftigungsort der hierbei beschäftigten Personen die Betriebsstätte.“

Der Vorschlag hat bei Abfassung der Reichsversicherungsordnung keine Berücksichtigung gefunden, weil die Größe der Entfernung mehr oder minder willkürlich bestimmt werden müsse. Der Einwand ist zwar durchaus berechtigt, denn er hat mit jeder zahlenmäßigen Abgrenzung das gemein, daß im Einzelfalle das Ergebnis willkürlich erscheint. Es würde mit Recht nicht verstanden werden, aus welchen Gründen ein Bau, der ein halb Kilometer weiter vom Sitz des Gewerbebetriebs liegt, anders behandelt werden soll, als ein Bau innerhalb der festgesetzten Zone. Dieses Bedenken würde aber in der Hauptsache dadurch ausgeräumt werden, daß der Umkreis nach den örtlichen Erfahrungen abgegrenzt und auch nicht ein für allemal im Gesetz festgelegt, sondern durch das Oberversicherungsamt bestimmt werden würde. Ausschlaggebend müßten dabei sein die Verkehrsverbindungen und die Gepflogenheit der Bauarbeiter, alltäglich zur Arbeitsstätte zu fahren, so daß sie sich an der Arbeitsstätte eine Wohnung nicht nehmen, sondern den Schwerpunkt ihres wirtschaftlichen Daseins im Haushalt ihrer Familie, also an ihrem ständigen Wohnort behalten. Allerdings dürfen Arbeiter, die am Orte oder in unmittelbarer Nähe der Bauausführung wohnen und für diesen Bau angenommen sind, nicht gezwungen werden, am Sitz des Gewerbebetriebs ihre Versicherung zu nehmen. Der Arbeitgeber würde dann mit mehreren Kassen zu tun haben, was bei der durchaus durchsichtigen Regelung besondere Schwierigkeiten nicht bereiten würde. Abs. 4 des § 153 RVO. hat diesem Gedanken zwar in gewissen Grenzen Rechnung getragen, dabei aber übersehen, daß in der Regel Bauten nicht im Bezirk des Versicherungsamts, in dem der Sitz des Gewerbebetriebs liegt, sondern außerhalb des Bezirks des Versicherungsamts in Vororten ausgeführt werden, für die besondere Versicherungsämter zuständig sind. So ist z. B. Berlin von einem Kranz von Versicherungsämtern umgeben, in deren Bezirken die in Berlin seßhaften Bauunternehmer Bauten ausführen. Daneben ist es an der Tagesordnung, daß ein Bauunternehmer, dessen Geschäft in einem Vorort liegt, in einem anderen Vorort oder

in Berlin selbst Bauten ausführt. Die Regelung hat aber auch aus dem Grunde keine praktische Bedeutung erlangen können, weil es Krankenkassen für Teile des Bezirks eines gemeindlichen Versicherungsamts kaum gibt, wenngleich ihre Errichtung nach § 226 RVO. an sich zulässig ist; vgl. Begr. z. RVO. S. 166. Nach dem Krankenversicherungsgesetz war die Errichtung von Krankenkassen für Teile des Gemeindebezirks zwar unzulässig, soweit aber solche Kassen durch Eingemeindungen entstanden waren — vgl. Erl. v. 28. Januar 1901 (ArbVers. S. 67), Pr. OVG. Entsch. v. 24. Oktober 1901 (Bd. 40 S. 338) —, sind sie gelegentlich der Durchführung der Reichsversicherungsordnung wenigstens in Preußen durchweg beseitigt worden. Die Folge von dieser Sachlage aber ist, daß, abgesehen von ganz vereinzelten Fällen, Arbeiter, die auf Bauten im Bezirk des für den Sitz des Gewerbebetriebs zuständigen Versicherungsamts beschäftigt werden, ohnehin in die Kasse des Sitzes des Gewerbebetriebs gehören. Eine ganz andere Wirkung wird aber erzielt, wenn an den Grenzen des Versicherungsamts des Sitzes des Gewerbebetriebs nicht haltgemacht, sondern ohne Rücksicht auf die Abgrenzung der Versicherungsämter ein bestimmter Umkreis um den Sitz des Gewerbebetriebs gewählt wird.

Aber auch auf anderem Wege könnten die Unzuträglichkeiten, die hinsichtlich der Kassenzugehörigkeit der Bauarbeiter hervorgetreten sind, beseitigt werden, nämlich in der Weise, daß für die bei Bauten beschäftigten Personen dem Arbeitgeber die Wahl der Kasse überlassen wird. Er hätte, wenn er den Arbeiter nicht am Beschäftigungsort versichern will, danach das Recht, zu bestimmen, daß die Versicherung am Sitz des Gewerbebetriebs erfolgen soll. Dabei müßte ihm die Freiheit gelassen werden, die am Sitz des Gewerbebetriebs wohnenden Arbeiter bei den für den Sitz des Gewerbebetriebs zuständigen Krankenkassen und die übrigen Arbeiter bei der Kasse, in deren Bezirk der Bau liegt, zu versichern. Selbstredend wäre eine vorherige Anhörung der betroffenen Versicherten notwendig, zumal der Arbeitgeber von selbst den Wünschen der Arbeiter Rechnung tragen wird. Immerhin könnte aber diesen ein Einspruchsrecht eingeräumt werden; dadurch würde die volle Sicherheit geboten werden, daß der Arbeitgeber Hand in Hand mit seinen Arbeitern vorgeht. Über den Einspruch würde das Versicherungsamt am Sitz des Gewerbebetriebs endgültig zu entscheiden haben. Soll aber den Arbeitgebern eine so weitgehende Befugnis nicht eingeräumt werden, so wäre dem Versicherungsamt die endgültige Bestimmung über die Kassenzugehörigkeit zu übertragen. Für diesen Fall würde es genügen, die Vorschrift aufzunehmen, daß bei Bauten, die nicht im Gemeindebezirk des Betriebssitzes ausgeführt werden, das Versicherungsamt den Beschäftigungsort endgültig bestimmt. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, daß die dadurch eintretende Vermehrung der Geschäfte des Versicherungsamts in der Bedeutung der Angelegenheit eine ausreichende Rechtfertigung kaum findet. Das öffentliche Interesse verlangt schließlich nur, daß die Krankenversicherung der Bauarbeiter durchgeführt wird, bei welcher Kasse dies geschieht, ist im Grunde unerheblich.

VII. Würde jeder Bauunternehmer für seinen Betrieb eine Betriebskrankenkasse besitzen, so würden Zweifel über die Kassenzugehörigkeit der auf Bauten beschäftigten Personen nicht entstehen können, weil für die Mitgliedschaft zu einer Betriebskrankenkasse nach § 245 Abs. 3 RVO. lediglich die Beschäftigung „im Betriebe“ ausschlaggebend ist und somit alle im Betriebe beschäftigten Personen auch Mitglieder der Betriebskrankenkasse sind; vgl. RVA. Entsch. v. 27. Mai 1916 (Amtl. Nachr. S. 650). Allein abgesehen davon, daß bei weitem nicht alle Bauunternehmer eine Betriebskrankenkasse errichten können, würde sich aus der Gründung zahlreicher Betriebskrankenkassen eine Kassenzersplitterung ergeben, die mit dem bei Erlaß der Reichsversicherungsordnung deut-

lich zum Ausdruck gebrachten Bestreben nach einer möglichst weitgehenden Zusammenlegung der Träger der Krankenversicherung nicht wohl vereinbar sein würde. Die zwangsweise Errichtung von Betriebskrankenkassen für ständige Baubetriebe läßt aber § 249 RVO. nicht zu; vgl. Begr. z. RVO. S. 174.

Die Ausnahmevorschrift über den Beschäftigungsort der bei Bauten beschäftigten Personen würde als Zusatz zum § 153 RVO. aufzunehmen sein, vorausgesetzt, daß die Vorschriften über den Beschäftigungsort im ersten Buch stehen bleiben. Denn es darf nicht übersehen werden, daß der Begriff des Beschäftigungsorts nicht allgemein für die Durchführung der Arbeiterversicherung zur Anwendung kommt. Abgesehen von den Betriebskrankenkassen spielt der Beschäftigungsort auch keine Rolle für die Innungskrankenkassen, denn hier ist für die Kassenzugehörigkeit nicht der Beschäftigungsort, sondern die Beschäftigung in einem Betriebe, mit dem der Gewerbtreibende der Innung angehört, ausschlaggebend. Auch für die Versicherung bei gewerblichen Berufsgenossenschaften einschließlich der Baugewerksberufsgenossenschaften, der Tiefbau- und der Seeberufsgenossenschaft kommt dem Beschäftigungsort keine Bedeutung zu. Hiernach würde es dem System des Gesetzes mehr entsprechen, wenn die Vorschriften über den Beschäftigungsort in das zweite Buch übernommen würden und auf sie in den anderen Büchern verwiesen werden würde, soweit ihre Anwendung sichergestellt werden soll.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zum Begriff „Arbeiter". — Streit über Ansprüche aus § 942 RVO.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 5. März 1918 (2469, Amtl. Nachr. 1918 S. 421).

Der Kläger ist Inhaber einer Gastwirtschaft in L., mit der ein kleiner landwirtschaftlicher Betrieb verbunden ist. Im Oktober 1916 half er auf Grund vorheriger Verabredung seinem Schwager G., der Landwirt in W. ist, drei Tage lang in der Wirtschaft aus. Dabei erlitt er beim Holzfahren einen Unfall (Quetschung des rechten Ober- und Unterschenkels). Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft hat durch rechtskräftigen Bescheid anerkannt, daß es sich um einen im landwirtschaftlichen Betriebe des G. erlittenen Unfall handle, und dem Kläger eine jährliche Rente zugebilligt. Für die ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall hat der Kläger die Gemeinde W. auf Gewährung von Krankenhilfe in Anspruch genommen, da er nur vorübergehend beschäftigt gewesen sei und infolgedessen einer Krankenkasse nicht angehört habe. Die Gemeinde hat jede Leistung abgelehnt, weil der Kläger selbständiger Unternehmer sei und nicht als „Arbeiter" im Sinne des § 942 RVO. angesehen werden könne. Das Versicherungsamt hat dem Kläger die ihm entstandenen Arzt- und Apothekerkosten sowie Krankengeld zugesprochen. Auf die Berufung des Beklagten hat das Oberversicherungsamt unter Aufhebung der Entscheidung erster Instanz die Klage abgewiesen. Hiergegen hat der Kläger die Revision eingelegt. Das RVA. gab der Revision statt aus folgenden G r ü n d e n:

Ob der Kläger nach § 942 RVO. Ansprüche gegen die Beklagte erheben kann, hängt davon ab, ob ein Betriebsunfall vorliegt und ob der Kläger im Augenblick des Unfalls „Arbeiter" gewesen ist. Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft hat diese Fragen durch Gewährung der Unfallrente ohne weitere Begründung bejaht; ihre Entscheidung ist jedoch für den vorliegenden Rechtsstreit nicht bindend. In diesem handelt es sich um andere Parteien als in dem Unfallrentenverfahren, so daß die Grundsätze über die Wirkung der Rechtskraft nicht in Betracht kommen. An einer ausdrücklichen Vorschrift, nach der die Entscheidungen der Instanzen der Unfallversicherung für die Instanzen der Krankenversicherung maßgebend wären, fehlt es. Daß eine solche Bindung nicht im Sinne des Gesetzes liegt, ergibt sich überdies daraus, daß einer nach § 942 leistungspflichtigen Gemeinde nirgends die Befugnis zugesprochen ist, die einen Betriebsunfall anerkennende Entscheidung der Berufsgenossenschaft selbständig anzugreifen und die im Unfallverfahren zuständigen höheren Instanzen anzurufen (zu vgl. auch Revisionsentsch. 1932, Amtl. Nachr. 1914 S. 812, sowie die Entsch. des Königl. Bayer. Landesversicherungsamts vom 5. Juli 1915, Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 7 S. 231 Nr. 103). Es ist sonach nicht zu beanstanden, daß das Oberversicherungsamt die Frage der Arbeitereigenschaft des Klägers selbständig geprüft hat.

Das Oberversicherungsamt hat diese Frage mit der Begründung verneint, daß die Hilfe des Klägers bei seinem Schwager G. nur als Gefälligkeitsleistung

eines Verwandten angesehen werden könne. Dafür spreche der Umstand, daß der Kläger eine verhältnismäßig weite Reise zu G. unternommen habe, und daß letzterer nach seiner eigenen Aussage ein festes Lohnverhältnis mit dem Kläger nicht verabredet habe. Diese Ausführungen sind nicht geeignet, die getroffene Entscheidung zu tragen. Zunächst ist außer Zweifel, daß ein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 942 auch dann gegeben sein kann, wenn ein Unternehmer wie der Kläger in einen fremden Betrieb — wenn auch nur ganz vorübergehend — als Arbeiter eintritt. Ob er in letzterer Eigenschaft tätig wird, hängt von den Umständen des einzelnen Falles ab. Der vom Oberversicherungsamt als ausschlaggebend angesehene Umstand, daß Gefälligkeit der Beweggrund zur Übernahme der Arbeit gewesen sei, schließt die Annahme eines Arbeitsverhältnisses nicht ohne weiteres aus, ebensowenig das Fehlen einer festen Verabredung über den zu gewährenden Lohn. Es kommt vielmehr darauf an, ob nach den allgemeinen sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen der Beteiligten, nach deren Stellung zueinander, nach dem Anlaß des Tätigwerdens und den etwa getroffenen Vereinbarungen über Lohn- und Arbeitsbedingungen ein Unterordnungs- und Beschäftigungsverhältnis vorliegt, das den Beschäftigten nach den Anschauungen des Verkehrs als Arbeiter erscheinen läßt (Rekursentsch. 1662, 1777, Amtl. Nachr. 1897 S. 509, 1898 S. 361; Moesle-Rabeling, Kommentar Anm. 18 zu § 544; Düttmann u. a., Kommentar Anm. 4 zu § 544).

Das Oberversicherungsamt hat diese Fragen nicht ausreichend geprüft. Das angefochtene Urteil mußte daher wegen mangelnder Sachaufklärung aufgehoben und die Sache zur nochmaligen Erörterung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückverwiesen werden.

B. Zur Krankenversicherung.

Die §§ 219, 222 RVO. gelten auch, wenn der Versicherte erst nach der Erkrankung außerhalb seines Kassenbezirks Wohnung nimmt.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 7. Mai 1918 (2467, Amtl. Nachr. 1918 S. 419).

Die §§ 219 bis 222 RVO. geben im wesentlichen das wieder, was § 57a KrVersGes. für Erkrankungen außerhalb des Kassenbezirks oder im Ausland vorschrieb (Begr. zur RVO. S. 164). § 57a Abs. 1 und der ihm nachgebildete § 219 RVO. ordnen die Aushilfspflicht der Kasse des Wohnorts des erkrankten Berechtigten allgemein an und lassen es nach dem Wortlaut nicht zu, ihre Anwendung auf den Fall zu beschränken, daß der Berechtigte schon zur Zeit der Erkrankung außerhalb des Bezirks der überweisenden Kasse gewohnt hat. Auch die Entstehungsgeschichte und der Zweck der Vorschrift rechtfertigen eine solche Einschränkung nicht. Der § 57a ist durch das Gesetz über Abänderung des Gesetzes, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, vom 15. Juni 1883, vom 10. April 1892 (RGBl. 1892 S. 379) dem Krankenversicherungsgesetz eingefügt worden, um die besonderen Schwierigkeiten zu beseitigen, die mit der Gewährung der Krankenpflege an außerhalb des Kassenbezirks sich aufhaltende Mitglieder und deren Kontrolle im Falle der Erkrankung verbunden sind (zu vgl. von Woedtke, Krankenversicherungsgesetz, 5. Aufl. Anm. 1 § 57a). Diese Schwierigkeiten liegen aber in gleicher Weise vor, ob nun der Berechtigte vor oder nach der Erkrankung den Wohnort außerhalb des Bezirks seiner Kasse gewählt hat. Es kann hier dahingestellt bleiben, inwieweit die Krankenkassen im Falle der Verlegung des Wohnorts außerhalb des Kassenbezirks nach der Erkrankung berechtigt sind, die Krankenpflege mit der Begründung zu verweigern, daß dieser neue Wohnort nicht Erfüllungsort für ihre Leistungen sei. Denn es steht unzweifelhaft jeder Kasse frei, in Einzelfällen dem Erkrankten die Verlegung des Wohnorts unter Anerkennung der Fortdauer ihrer Leistungspflicht zu gestatten. Gerade in dem zur Entscheidung stehenden Falle wäre es unbillig gewesen, wenn die Allgemeine Ortskrankenkasse T. dem Lehrling bei Verlegung seines Wohnorts nach H., wo er bei seiner Mutter Unterkunft und Pflege fand, die Krankenpflege verweigert hätte. Besteht aber die Leistungspflicht der Krankenkasse an dem neuen Wohnort des Erkrankten fort, so liegt auch ein Bedürfnis nach Aushilfe durch die Kassen des neuen Wohnorts vor.

Die Anwendbarkeit des § 219 Abs. 1 a. a. O. auf Fälle, in denen der Versicherte erst nach der Erkrankung seinen Wohnort in dem fremden Kassenbezirk genommen hat, ist in Rechtsprechung und Schrifttum überwiegend anerkannt worden. In diesem Sinne haben sich ausgesprochen die Entscheidungen des Königl. Preuß. Oberverwaltungsger. vom 29. Januar 1903 (Entsch. Bd. 43 S. 335), des Königl. Sächs. Oberverwaltungsger. vom 8. März 1902 (Reger, Entsch. Bd. 22 S. 462), des Königl. Sächs. Ministeriums des Innern vom 1. Juni 1898 (Reger, Bd. 19 S. 436), ferner Mayer, Zur Aushilfspflicht nach § 57a KrVersGes. (ArbVers. 1900 S. 465), Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 219 RVO.,

Hoffmann, Kommentar Anm. 3 Abs. 1 zu § 219; abweichend ist die Entsch. des Großh. Bad. Ministeriums des Innern vom 20. Januar 1899 (Reger, Bd. 19 S. 437).

Ist aber § 219 Abs. 1 RVO. auch auf den Fall anwendbar, daß der zu Unterstützende erst nach der Erkrankung seinen Wohnort in dem fremden Kassenbezirk nimmt, so gilt auch für die Frage der Erstattung der Kosten der Krankenpflege die Vorschrift des § 222. Die Allgemeine Ortskrankenkasse T. hat also der Allgemeinen Ortskrankenkasse H. drei Achtel des Grundlohns als Ersatz der Kosten für die Krankenpflege zu gewähren.

Zuständigkeit der Versicherungsbehörden bei Streit über Beihilfen für Kassen nach §§ 389, 390 RVO. und § 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337).

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 24. Mai 1918 (2476, Amtl. Nachr. 1918 S. 442).

Die weitere Beschwerde ist zulässig. Allerdings liegt eine Entscheidung der ersten Instanz nach § 405 Abs. 2 RVO. vor. Gegen eine solche ist an sich nur die Beschwerde an das Oberversicherungsamt gegeben, das endgültig entscheidet. Hat aber, wie hier, das Oberversicherungsamt, ohne in eine Prüfung der Sache selbst einzutreten, die Entscheidung des Versicherungsamts wegen mangelnder sachlicher Zuständigkeit aufgehoben, weil nach seiner Ansicht ein Streitfall nach § 405 Abs. 2 überhaupt nicht vorliegt, so kann auch die dort vorgesehene Einschränkung des Rechtsmittels nicht Platz greifen. Die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist vielmehr außerhalb des Rahmens des § 405 Abs. 2 ergangen und unterliegt deshalb den allgemeinen Vorschriften der §§ 1792 ff. und insbesondere des § 1797 (zu vgl. letzter Absatz der Entsch. 2184, Amtl. Nachr. 1916 S. 434).

Die Beschwerde ist auch begründet. Die Krankenkasse stützt ihren Anspruch auf § 2 des erwähnten Gesetzes vom 4. August 1914. Danach hat, wenn bei einer Kasse die in dem vorhergehenden § 1 für die Dauer des Krieges allgemein auf 4½ v. H. des Grundlohns festgesetzten Beiträge für die Regelleistungen und Verwaltungskosten nicht ausreichen, bei Orts- und Landkrankenkassen der Gemeindeverband, bei Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber, bei Innungskrankenkassen die Innung die erforderlichen Beihilfen aus eigenen Mitteln zu leisten. Vorliegend handelt es sich um einen Streit zwischen einer Landkrankenkasse und dem Gemeindeverband über die Verpflichtung des letzteren, eine solche Beihilfe zu leisten. Das Oberversicherungsamt hält die Anwendung des § 405 Abs. 2 RVO. deshalb für ausgeschlossen, weil die streitige Beihilfe nicht als „Beitrag" im Sinne dieser Vorschrift gelten könne, und weil der Gemeindeverband im § 405 Abs. 2 nicht mit als Partei aufgeführt sei. Der Senat konnte diese Bedenken nicht teilen. In § 389 Abs. 2 und § 390 RVO. findet sich bereits eine entsprechende Vorschrift, der § 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 offenbar nachgebildet ist, daß, falls auf andere, dort näher bezeichnete Weise keine Deckung der Regelleistungen durch die ordentlichen Beiträge zu erlangen ist, der Gemeindeverband, der Arbeitgeber, die Innung „die erforderliche Beihilfe aus eigenen Mitteln zu leisten" haben. Die Literatur stimmt im allgemeinen darüber überein, daß diese Beihilfen begrifflich zu den „Bei-

trägen" im Sinne des § 405 Abs. 2 RVO. gehören, und daß daher ein Streit über die Beihilfen nach dem dort geregelten Verfahren zu entscheiden ist (zu vgl. Hoffmann, Kommentar Anm. 8 zu § 390, Anm. 11 zu § 405; Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 2b zu § 389). Daß der Begriff der Beiträge im weitesten Sinne zu verstehen sei, ist schon unter der Herrschaft des alten Rechts angenommen und sogar in der Begründung zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 besonders zum Ausdruck gebracht worden. Dort heißt es S. 67: „Der Begriff der Beiträge ist im weitesten Sinne zu nehmen, umfaßt also auch die Vorschüsse (§ 64 Ziff. 5) und Zuschüsse (§ 65 Abs. 3) des Betriebsunternehmers sowie des Bauherrn (§ 72) und der Innung (§ 73), ebenso . . ." Deshalb ist man auch davon ausgegangen, daß Streit über die Vorschüsse und Zuschüsse nach § 58 des Krankenversicherungsgesetzes zu entscheiden sei (Hahn, Krankenversicherungsgesetz, Anm. 5 zu § 64, Anm. 1d zu § 58). An die Stelle der Zuschüsse sind jetzt die Beihilfen getreten. Auch sie sind ihrem Wesen nach Beiträge im weiteren Sinne, die zur Deckung der Kassenleistungen in letzter Linie dienen müssen. Daß für die Beihilfen im § 2 des Gesetzes vom 4. August 1914, die dem gleichen Zweck dienen, etwas anderes gelten solle, kann bei dem völlig gleichen Wortlaut mit § 389 Abs. 2 und § 390 RVO. nicht angenommen werden. Der Umstand, daß es sich hier um eine Vorschrift des Gesetzes vom 4. August 1914, nicht der Reichsversicherungsordnung, handelt, steht der Anwendung des § 405 Abs. 2 nicht entgegen. Denn das bezeichnete Gesetz ist zur Reichsversicherungsordnung ergangen, indem es mit Rücksicht auf den Krieg die Reichsversicherungsordnung teilweise abändert und ergänzt. Daher müssen Streitfragen aus diesem Gesetz auch in den nach der Reichsversicherungsordnung geregelten Verfahren entschieden werden (zu vgl. auch Entsch. 2105, Amtl. Nachr. 1915 S. 736).

Hiernach besteht kein Zweifel, daß Streit zwischen einer Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber wegen Leistung einer Beihilfe nach § 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 im Verfahren nach § 405 Abs. 2 a. a. O. zu entscheiden ist. Nach dem Wortlaut dieser Vorschrift kann es aber zweifelhaft sein, ob das gleiche zu gelten hat, wenn der Streit wegen der Beihilfe sich zwischen einer Orts- oder Landkrankenkasse und dem Gemeindeverband oder einer Innungskrankenkasse und der Innung abspielt, weil Gemeindeverband und Innung im § 405 Abs. 2 nicht erwähnt sind (zu vgl. Hoffmann, Die Kriegsgesetze für die Krankenversicherung, Anm. 2 zu § 2 des genannten Gesetzes). Dort sind als Streitteile lediglich der Arbeitgeber oder Versicherte, bisher Versicherte oder zu Versichernde auf der einen Seite und die Kasse auf der anderen Seite bezeichnet. Es wäre aber nicht verständlich, wenn derselbe Streit, der nach § 405 Abs. 2 a. a. O. entschieden wird, falls eine Betriebskrankenkasse beteiligt ist, bei Beteiligung einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse mangels einer ausdrücklichen Vorschrift vor den ordentlichen Gerichten entschieden werden sollte. Eine solche durch keinen inneren Grund gerechtfertigte verschiedenartige formelle Behandlung völlig gleichartiger Streitigkeiten kann der Gesetzgeber nicht gewollt haben. Vielmehr ist anzunehmen, daß auf alle Beitragsstreitigkeiten der unmittelbar Beteiligten, also auch auf Streit über die Leistung von Beihilfen, im Sinne der erwähnten Vorschriften, ausnahmslos § 405 Abs. 2 a. a. O. anzuwenden ist.

C. Zur Unfallversicherung.

Zum Ausschluß des Ersatzanspruchs der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft (§ 1508 RVO.).

a) Urteil des **Württ. Oberversicherungsamts** (Spruchkammer Reutlingen) vom 13. Dezember 1917;

b) Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Senats) vom 27. Mai 1918.

a)

... § 1508 Abs. 2 RVO. lautet: „Hat die Krankenkasse ohne ihr Verschulden erst nach Ablauf dieser Zeit (das ist spätestens drei Monate nach Beendigung der Kassenleistungen) Kenntnis davon erhalten, daß die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch zutreffen, so kann sie noch innerhalb einer Woche nach dem Tage, an dem sie diese Kenntnis erlangt hat, den Anspruch geltend machen." Die Kassenleistungen waren im vorliegenden Falle am 4. Mai 1914 beendigt. Die Klägerin hatte nun, wie feststeht, von der Möglichkeit eines Unfalls bzw. der Möglichkeit des Zusammenhanges der Krankheit, wegen welcher Z. Krankenhilfe bezog, mit einem Unfall schon sogar vor Beendigung der Kassenleistungen Kenntnis erhalten. Denn die Berufsgenossenschaft hat am 9. April 1914 der Klägerin mitgeteilt, daß nach einer ihr kürzlich zugegangenen Unfallanzeige der Magazinarbeiter Wilhelm Z. am 29. Oktober 1913

einen Unfall erlitten habe, wobei mit der Mitteilung die Anfrage verbunden wurde, ob bei der Krankenkasse von diesem Unfall nichts bekannt geworden sei. Sodann ist die Klägerin ausweislich der berufsgenossenschaftlichen Unfallakten zur Teilnahme an der am 22. Mai 1914 vorgenommenen polizeilichen Untersuchung des in Rede stehenden Unfalls, also zwar nach Beendigung der Kassenleistungen, aber noch innerhalb der sich anschließenden dreimonatlichen Frist, eingeladen worden, ohne freilich dieser Einladung Folge zu leisten. Andererseits muß der Klägerin zugegeben werden, daß von Anfang an berechtigte Zweifel bestehen konnten, ob die Krankheit des Z. wirklich Unfallfolge sei. In den von dem Dr. Sch. in R. ausgestellten Krankenscheinen war die Krankheit teils als „Sehnenscheidenentzündung", teils als „Knochenerkrankung des rechten Vorderarms" bzw. als „Knochenleiden" bezeichnet, die in den Krankenscheinen vorgesehene Frage „Liegt ein Betriebsunfall vor?" war nicht beantwortet. Am 12. Februar 1915 hat noch die Berufsgenossenschaft in einem Schreiben an die Klägerin sich dahin ausgesprochen, die Frage, ob ein Betriebsunfall im Spiele sei oder nicht, habe sich immer noch nicht aufklären lassen. Auch in der weiteren Folge hat die Berufsgenossenschaft bis zum Schlusse entschieden daran festgehalten, daß die Voraussetzungen zur Anerkennung eines Betriebsunfalles nicht gegeben seien. Erst durch das rechtskräftig gewordene Urteil des Oberversicherungsamts vom 15. Februar 1917 ist das Vorliegen eines gewerblichen Betriebsunfalls und der ursächliche Zusammenhang der Krankheit des Z. mit diesem Unfall bejaht und demgemäß die Berufsgenossenschaft zur Entschädigungsleistung nach § 558 RVO. verurteilt worden. Bei dieser Sachlage hat auch das Oberversicherungsamt in Übereinstimmung mit der Klägerin, Berufungsbeklagten, und der Vorinstanz angenommen, daß die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch erst zutrafen, als das Spruchkammerurteil vom 15. Februar 1917 ergangen war. Laß sagt (Kommentar zum 5. Buch der RVO. S. 440 Note 3 zum § 1508): „Abs. 2 (eben des § 1508) ist namentlich dann anzuwenden, wenn es zweifelhaft ist, ob eine Krankheit auf einen Unfall zurückzuführen ist oder nicht, wenn also die Einheit des Leistungsgrundes (eine der Voraussetzungen des Ersatzanspruchs) erst nach Ablauf der (im Abs. 1 bestimmten) Frist festgestellt wird." Ebenso sind bei Lehmann (im Kommentar von Hanow usw.) S. 27 Note 10 zum § 1508 die Fälle, in denen es zweifelhaft ist, ob eine Krankheit auf einen Unfall zurückzuführen ist, denjenigen gleichgestellt, in denen der Versicherte erst nach Beendigung der Leistungen der Krankenkasse mit der Behauptung hervortritt, daß seine Krankheit die Folge eines Betriebsunfalles sei. Eine andere Auffassung scheint Düttmann, Kommentar zu Buch 5 der RVO. zu haben (S. 260 Note 7 zum § 1508). Nach dem Dafürhalten des Oberversicherungsamts sprechen aber der Wortlaut des § 1508 Abs. 2 RVO. und der Zweck dieser von der Reichstagskommission eingefügten Gesetzesbestimmung (Komm.-Ber. V S. 7) mehr für die Ansicht von Laß und Lehmann. Nach einer Revisionsentscheidung des Bayerischen Landesversicherungsamts vom 25. November 1916 (Monatsschr. für Arb. u. Angest. Vers. 1917 Sp. 434) kann der Ersatzanspruch in zweifelhaften Fällen auch schon vorher (d. h. ehe feststeht, ob der in Anspruch genommene Träger der Unfallversicherung Entschädigung zu leisten hat) angemeldet werden, er muß es aber nicht. War hiernach der Klägerin die Vergünstigung des § 1508 Abs. 2 der RVO. zuzuerkennen, so ist auch weiterhin dem dort bezeichneten Erfordernis Genüge geschehen. Denn nachdem die Klägerin von der Verurteilung der Berufsgenossenschaft zur Entschädigungsleistung am 1. April 1917 Kenntnis erhalten hatte, meldete sie sofort am 2. April, eingekommen bei der Berufsgenossenschaft am 3. April 1917, also innerhalb der für diesen Fall gegebenen einwöchigen Frist, den Ersatzanspruch an. Das Urteil der Vorinstanz war daher in der Hauptsache zu bestätigen...

b)

Die Revision der Berufsgenossenschaft ist vom Reichsversicherungsamt aus den für nicht angreifbar erachteten Gründen des angefochtenen Urteils zurückgewiesen worden. Das RVA. verweist auf § 1697 RVO. und fährt fort: Insbesondere ist die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß die Klägerin erst durch die am 1. April 1917 erfolgte Mitteilung des Urteils des Oberversicherungsamts vom 15. Februar 1917 Kenntnis davon erhalten hat, daß die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch zutreffen, nicht zu beanstanden. Der Umstand, daß der Klägerin sogar schon vor Beendigung der Kassenleistungen bekannt geworden war, daß die Möglichkeit des Zusammenhangs der Krankheit, für welche sie dem Z. Krankenhilfe gewährt hatte, mit einem Unfall bestand, steht dieser Feststellung nicht entgegen. Es kann hier dahingestellt bleiben, ob von einem „Zutreffen" der Voraussetzungen eines Ersatzanspruchs im Sinne des § 1508 Abs. 2 RVO. erst gesprochen werden kann, wenn der Zusammenhang der Krankheit mit einem Betriebsunfall von der Berufsgenossenschaft anerkannt oder durch Urteil rechtskräftig festgestellt wird. Jedenfalls kann eine Kenntnis, daß die Voraussetzungen des Ersatzanspruchs tatsächlich vorliegen, auf Seiten der Kasse erst dann gegeben sein, wenn ihr solche Tatsachen bekannt geworden sind, aus denen sich ergibt, daß die Krankheit Folge eines Betriebsunfalls war. Im vorliegenden Fall aber hatte die Klägerin nur erfahren, daß Z. nachträglich wegen seiner Krankheit Ansprüche gegen die Berufsgenossenschaft erhoben hatte. Aus den Mitteilungen der Beklagten, die den Anspruch bestritt, konnte die Klägerin keinesfalls entnehmen, daß es sich bei der Krankheit tatsächlich um Unfallsfolgen handelte. Daß ihr auf andere Weise Tatsachen bekannt geworden sind, aus denen sie hätte erkennen müssen, daß der Zusammenhang gegeben war, ist nicht geltend gemacht. Danach ist die Vorschrift des § 1508 Abs. 2 RVO. mit Recht hier angewendet worden.

Vertreter der Versicherten als Mitglieder der „besonderen Kommissionen" zur Feststellung der Leistungen (§ 1569 RVO.).

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 28. Mai 1918 (2993, Amtl. Nachr. 1918 S. 367).

Während nach § 134 Abs. 2 unter c GewUnf.-VersGes. vom 30. Juni 1900 nur die Knappschafts-Berufsgenossenschaft durch die Satzung bestimmen konnte, daß Vertreter der Versicherten (Knappschaftsälteste) stimmberechtigte Vorstandsmitglieder sind, gibt § 687 Abs. 4, § 975 Abs. 1 und § 1146 Abs. 1 RVO. dieses Recht jetzt allen Genossenschaften. Hieraus ist zu entnehmen, daß auch den nach § 1569 RVO. gebildeten besonderen Kommissionen Vertreter der Versicherten mit Stimmrecht angehören können, wenn die Satzung dies bestimmt.

Es bestehen auch keine Bedenken dagegen, daß die Vertreter der Versicherten und ihre Stellvertreter aus den für die Unfallverhütung gewählten oder berufenen Vertretern der Versicherten (§§ 858, 1030 Abs. 2, § 1204 RVO., §§ 11 und 21 der Wahlordnung vom 19. Dezember 1914, §§ 11 und 27 der Wahlordnung vom 19. Mai 1914, Amtl. Nachr. 1914 S. 786 ff., S. 461 ff.) gewählt werden und daß der Genossenschaftsvorstand die Wahl vornimmt. Solange nicht eine Neuwahl dieser Vertreter auf Grund der Reichsversicherungsordnung erfolgt ist (zu vgl. die Bundesratsverordnung vom 11. Januar 1917 über die Wahlen nach der RVO., RGBl. S. 39 — Amtl. Nachr. S. 232), werden die vom Genossenschaftsvorstande zu wählenden Vertreter der Versicherten und ihre Stellvertreter aus den nach § 114 Gew.-UnfVersGes. (§ 122 UnfVersGes. für Land- und Forstwirtschaft, § 40 BauUnfVersGes., § 120 See-UnfVersGes.) gewählten oder aus den gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 der Bundesratsverordnung vom 12. August 1915 (RGBl. S. 497, Amtl. Nachr. S. 607) berufenen Vertretern entnommen werden müssen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Berufsgenossenschaften im Jahre 1917.

Kein Zweig unserer sozialen Versicherung ist in seinen geschäftlichen Ergebnissen mehr von den jeweiligen wirtschaftlichen Vorgängen abhängig als die Unfallversicherung. Werden doch z. B. die Beiträge auf Grund eines Umlageverfahrens in Anlehnung an die tatsächlich gezahlten Lohnsummen aufgebracht usw. So kommt es, daß die Berichte der Berufsgenossenschaften jetzt ein ganz besonderes Interesse bieten. Namentlich diejenigen auf das Jahr 1917, das uns sozusagen den Krieg im „Beharrungszustand" zeigt. Hieran wird auch nichts dadurch geändert, daß die Berichte meist kürzer gefaßt sind als früher.

Die Zahl der Versicherten weist teils eine Zunahme, teils eine Verminderung auf, je nach der Einwirkung des Krieges auf den in Frage kommenden Berufszweig. Eine Vermehrung stellt die Knappschafts-BG. fest, und zwar von 703 614 im Jahre 1916 auf 777 510 im Jahre 1917. Außerdem wurden noch 162 085 Kriegsgefangene beschäftigt, so daß die Zahl der in Bergwerken beschäftigten Personen 939 585 betrug, gegen 918 805 im letzten Friedensjahr 1913. Der Durchschnittslohn eines Arbeiters erhöhte sich von 1587 *M* im Jahre 1913 auf 1940 *M* im Jahre 1916 und 2406 *M* im Jahre 1917. Eine kräftige Entwickelung zeigt die BG. der chemischen Industrie. Die Zahl der in den gleichgebliebenen rund 15 000 Betrieben beschäftigten Vollarbeiter stieg von 256 420 im Jahre 1916 auf 334 851 im Jahre 1917, das ist um 30,5 v. H. Die Zahl der Einzelarbeiter stieg von 631 816 auf 819 081. Die Summe der gezahlten Löhne erhöhte sich von 401 auf 678 Millionen Mark, der durchschnittliche Verdienst eines Vollarbeiters stieg von 1493 auf 1945 *M*. Das sind gewaltige Veränderungen innerhalb eines Jahres! Ähnliche Wirkungen werden auch aus der Metallindustrie gemeldet. Es vermehrte sich die Zahl der Vollarbeiter bei der Hütten- und Walzwerks-BG. von 229 062 auf 288 571, Sächsisch-Thüringischen Eisen- und Stahl-BG. von 166 648 auf 204 286, Süddeutschen Eisen- und Stahl-BG. von 200 415 auf 262 247, Südwestdeutschen Eisen-BG. von 60 154 auf 76 786, Maschinenbau- und Kleineisen-Industrie-BG. von 284 691 auf 361 936, Nordöstlichen Eisen- und Stahl-BG. von 144 723 auf 180 559, Schlesischen Eisen- und Stahl-BG. von 113 719 auf 131 528, Nordwestlichen Eisen- und Stahl-BG. von 164 612 auf 195 692. Auch die Löhne fanden hier recht erhebliche Erhöhungen, so z. B. bei der Hütten- und Walzwerks-BG. von 2270 auf 2757 *M* je Arbeiter, Sächsisch-Thüringischen Eisen- und Stahl-B. von 1449 auf 1795 *M*, Süddeutschen Eisen- und Stahl-BG. von 1567 auf 2018 *M*, Schlesischen Eisen- und Stahl-BG. von 1339 auf 1594 *M* usw. Sehr bemerkenswert ist, daß zu den Berufsgenossenschaften, die einen Aufschwung zu verzeichnen haben, auch die Rheinisch-Westfälische Textil-BG. gehört. Die Zahl der Betriebe blieb zwar ungefähr dieselbe, doch erhöhte sich die Arbeiterzahl von 70 859 im Jahre 1916 auf 72 709 im Jahre 1917. Die Genossenschaft hat zwar die Versicherungspflicht auf die Betriebsbeamten mit den Jahreseinkommen von 5000 bis 7000 *M* erhöht, doch ist hierdurch ein geringer Teil von Personen der Versicherung neu zugeführt worden. Eine kleine Neubelebung der gewerblichen Tätigkeit berichtet auch die Tiefbau-BG. Die Zahl der beschäftigten Personen stieg von 333 158 am Schlusse des Jahres 1916 auf 336 495 am Schlusse des Jahres 1917. Besonders auffällig ist hier die Steigerung der Löhne von 185 Millionen Mark im Jahre 1916 auf über 285 Millionen Mark im Jahre 1917. Damit ist wieder eine Lohnsumme erreicht worden, die hinter der Höchstziffer von 300 Millionen Mark im Jahre 1913 nur noch wenig zurückbleibt. Die Zunahme der Arbeiterzahl ist auf umfangreiche Beschäftigung in den besetzten Gebieten zurückzuführen.

Zu den Berufsgenossenschaften, die besonders unter den Kriegswirkungen leiden, gehört die für die Bekleidungsindustrie. Die Zahl der Arbeiter ist von 269 425 im Jahre 1916 auf 243 013 im Jahre 1917 zurückgegangen. Eine Erweiterung fanden besonders die Kraftbetriebe. Bei der Sächsischen Textil-BG. verminderte sich die Zahl der Versicherten von 147 566 auf 132 254. Trotzdem erhöhte sich die Summe der gezahlten Löhne von 99 auf 112 Mill. Mark. Der Bericht hebt besonders hervor, daß eine vollständige Umwälzung in vielen Betrieben eintrat. Häufig wurden Drehbänke und Bohrmaschinen aufgestellt, um Granaten, Zünder und sonstiges Kriegsmaterial anzufertigen. Textilmaschinen wurden umgeändert, um Papiergarne und -stoffe herzustellen. Bei der BG. der Molkerei-, Brennerei- und Stärke-Industrie verminderte sich die Zahl der Betriebe von 8400 auf 8012, die der versicherten Personen von 43 385 auf 42 218. Der Gesamtbetrag der anzurechnenden Löhne stieg dagegen von 50 auf 54 Mill. Mark. Die Brauerei- und Mälzerei-BG. zeigt einen ständigen Rückgang der Zahl der Betriebe. Die Zahl der Versicherten verminderte sich von 117 024 im Jahre 1913 auf 72 651 im Jahre 1916 und 61 333 im Jahre 1917. Auch die Summe der gezahlten Löhne fand eine Abnahme, und zwar von 112 Millionen Mark im Jahre 1916 auf 101 Millionen Mark im Jahre 1917. Die Ziegelei-BG. schreibt, daß von 9853 Betrieben 7141 ruhten. In nur 27,5 v. H. aller Betriebe wurde gearbeitet. Viele Betriebe wurden umgewandelt in Gemüsetrocknereien, Heupressereien, Zinkgießereien usw. In 824 Betrieben wurden 12 642 Kriegsgefangene beschäftigt. Die Gesamtsumme der gezahlten Löhne erhöhte sich von 67 Millionen Mark im Jahre 1916 auf 90 Millionen Mark im Jahre 1917. Bei der Steinbruchs-BG. verminderte sich die Zahl der Betriebe um 440 auf 10 039. Die Anzahl der ruhenden Betriebe hat sich um 467 vermehrt. Die Zahl der tatsächlich beschäftigten Arbeiter ging ebenfalls weiter zurück, und zwar von 183 428 im Jahre 1916 auf 178 172 im Jahre 1917. Da seit 1917 die Kriegsgefangenen mit zur Umlage herangezogen und somit eingerechnet werden, ist der Rückgang der Versichertenzahl größer, als er in den Ziffern erscheint. Die Glas-BG. berichtet von einer Abnahme der Zahl der Versicherten von 51 376 auf 50 037 Der Durchschnittslohn je Arbeiter erhöhte sich von 1221 auf 1385 ℳ. Etwa ein Drittel der Betriebe ist stillgelegt. Über ungünstige wirtschaftliche Verhältnisse berichten auch die Baugewerks-Berufsgenossenschaften. Die Magdeburgische Baugewerks-BG. berichtet, daß die private Bautätigkeit fast vollständig geruht habe. Nur für die Heeresverwaltung wurden umfangreichere Bauten ausgeführt. Die Gesamtsumme der gezahlten Löhne erhöhte sich zwar von 27 Millionen auf 39 Millionen Mark, doch dürfe daraus nicht auf eine Hebung des Baugewerbes geschlossen werden. Die Sächsische Baugewerks-BG. berichtet, daß das Jahr 1917 noch einen weiteren Rückgang im Baugewerbe aufzuweisen habe. Trotz der im einzelnen gestiegenen Löhne verminderte sich von 1916 zu 1917 die Gesamtsumme derselben um rund 1½ Millionen auf 55 Millionen Mark. Das ist nur etwa die Hälfte der im Jahre 1914 gezahlten Summe. Auch die Fuhrwerks-BG. berichtet von Rückgängen. Die Zahl der Mitglieder der Genossenschaft (Unternehmer) verminderte sich um 666 auf 29 704, doch ruhte bei 10 767 derselben der Betrieb vollständig. Die Zahl der beschäftigten Vollarbeiter verminderte sich von 55 697 auf 51 708. Die Elbschiffahrts-BG. bemerkt, daß von 4785 Betriebsunternehmern 1733 nicht in der Lage waren, ihren Betrieb auszuüben. Die Zahl der eingetragenen Betriebsunternehmer betrug im Jahre 1916 noch 5138, ist also erheblich zurückgegangen. Die Gesamtsumme der gezahlten Löhne fand eine Steigerung auf 12¼ Millionen Mark für 10 291 versicherte Arbeiter und Betriebsbeamte.

Die Zahl der Unfälle hat im allgemeinen weiter zugenommen. Bei der Nahrungsmittelindustrie-BG. erhöhte sich die Zahl der gemeldeten Unfälle von 5994 im Jahre 1916 auf 6535 im Jahre 1917. Bei der Lederindustrie-BG. erhöhte sich die Zahl der gemeldeten Unfälle um 339 auf 2617. Die Unfälle weiblicher Personen vermehrten sich von 24 im Jahre 1912 auf 124 im Jahre 1917. Die Unfälle verteilen sich auf die einzelnen Wochentage ziemlich gleichmäßig. 12 ereigneten sich auch an Sonntagen. Bei der Sächsisch-Thüringischen Eisen- und Stahl-BG. erhöhte sich die Zahl der gemeldeten Unfälle von 13 808 auf 15 986. Hierunter befinden sich 3223 weibliche Verletzte, gegen 1823 im Jahre 1916. Die Zahl der erstmalig entschädigten Verletzten erhöhte sich von 6,72 je 1000 Versicherte im Jahre 1916 auf 7,00 im Jahre 1917. Bei der Tiefbau-BG. wurden 261 tödliche Unfälle gemeldet. Davon entfallen allein 59 auf Arbeiten im besetzten feindlichen Gebiet. Die BG. der chemischen Industrie berichtet von einer Vermehrung der Zahl der gemeldeten Unfälle von 14 908 im Jahre 1916 auf 21 726 im Jahre 1917. Die Zahl der Todesfälle stieg um 172 auf 561. Berechnet auf 1000 Versicherte, steigerte sich die Zahl der gemeldeten Unfälle von 57,03 auf 63,76.

Der Unfallverhütung wird, nachdem sie nach Kriegsausbruch verschiedene Einschränkungen erfahren hatte, wieder erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt. Eine besonders mustergültige Ausgestaltung hat sie bei der Nahrungsmittelindustrie-BG. erfahren. Sie wendete im Jahre 1917 zusammen 39 879 ℳ für die Unfallverhütung auf. Der von dem technischen Aufsichtsbeamten dieser Genossenschaft, Herrn Urban, verfaßte Bericht über die Unfallverhütungsmaßnahmen zeigt großes Verständnis und große Wärme für die Sache. Die Sektion II der Knappschafts-BG. teilt in ihrem Bericht mit, daß nunmehr mit der Überwachung der Betriebe ein besonderer technischer Aufsichtsbeamter beauftragt worden sei. Ein Aufsichtsbeamter der Lederindustrie-BG. hebt hervor, daß die für den Heeresbedarf arbeitenden und unter militärische Aufsicht gestellten Betriebe meist mit den besten Maschinen ausgestattet und mit allen vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen versehen, also in bezug auf ihre Einrichtungen mustergültig seien. Die meisten Unfälle seien auf das Verhalten der Versicherten gegenüber den Unfallverhütungsmaßnahmen zurückzuführen. Die deutsche Buchdrucker-BG. berichtet, daß ein regelmäßiger Aufsichtsdienst nicht fortgesetzt werden konnte. Es wurde die Überwachung nur auf die sehr gefahrvollen Betriebe beschränkt und in gesteigertem Maße auf die Versicherten eingewirkt, die Unfallgefahr hintanzuhalten. Die See-BG., deren Bericht wesentlich kürzer als in früheren Jahren ist, bemerkt, daß die Fortdauer des Krieges die Unfallverhütung weiterhin stark beeinflußte. Geruht habe sie aber keineswegs. Die berufenen Stellen sind im Gegenteil zur Zeit damit beschäftigt, die gesamten, auf Prüfung von Kompassen und nautischen Instrumenten sich beziehenden Bestimmungen der Un-

fallverhütungsvorschriften einer erneuten Durcharbeit zu unterziehen.

Die Posensche landwirtschaftliche BG. beschäftigte sich besonders mit der Einstellung von Kriegsbeschädigten in landwirtschaftliche Betriebe. Die Unternehmer müßten alles tun, um die Kriegsbeschädigten vor Betriebsunfällen zu bewahren. So dürften sie nicht an Stellen verwendet werden, an denen sie durch ihre Verletzungen besonders gefährdet sind. Die Westfälische landwirtschaftliche BG. berichtet, daß bei den nunmehr wieder aufgenommenen Betriebsbesichtigungen (es wurden in dem einen Jahr 15 902 Betriebe einer erstmaligen Revision unterzogen!) die Betriebsunternehmer darüber belehrt wurden, daß auch in der Kriegszeit die Befolgung der Unfallverhütungsvorschriften nicht unterbleiben dürfe, daß es vielmehr angesichts der Opfer an Menschenleben, die der Krieg fordert, in vermehrtem Maße geboten sei, die Vorschriften sorgfältiger und gewissenhafter zu beachten.

Die gezahlten Entschädigungen fanden vielfach eine Erhöhung. Bei der Knappschafts-BG. stieg der Bedarf der aufzubringenden Umlage von 35 auf 44 Millionen Mark. Diese Genossenschaft hat von 1885 bis Ende 1917 insgesamt 583 Millionen Mark an Beiträgen von den Unternehmern aufgebracht. Eine Abnahme fand die Summe der gezahlten Entschädigungen bei der Berufsgenossenschaft der Molkerei-, Brennerei- und Stärkeindustrie, der Ziegelei-BG., der Steinbruchs-BG. usw.

Die Verwaltungskosten sind bei den einzelnen Genossenschaften recht verschieden. Am niedrigsten scheinen sie bei der Tabak-BG. zu sein, bei der diese 0,26 *M* auf einen Versicherten, 0,34 *M* auf je 1000 *M* Lohnsumme und 42,73 *M* auf einen im Geschäftsjahr gemeldeten Unfall betragen. Die höchsten Aufwendungen dürfte wohl die Müllerei-BG. haben, bei der auf einen Versicherten 7,78 *M*, auf 1000 *M* Lohnsumme 5,63 *M* und auf einen im Geschäftsjahr gemeldeten Unfall 132,09 *M* entfallen. Allerdings noch höher sind sie bei der Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeuge und Reittierbesitzer, bei der auf einen Versicherten 15,31 *M*, auf 1000 *M* Lohnsumme 15,61 *M* und auf einen im Geschäftsjahr gemeldeten Unfall 648,54 *M* entfallen, doch liegen bei diesem Versicherungsträger außergewöhnliche Verhältnisse vor. Bei der Detailhandels-BG. wurden im Jahre 1917 für Entschädigungen einschließlich der Kosten der Feststellung derselben und des Rechtsganges 468 796 *M*, für die allgemeine Verwaltung 387 644 *M* aufgewendet. Bei den Eisen- und Stahlberufsgenossenschaften trat verschiedentlich eine Herabminderung der Verwaltungskosten ein, so z. B. bei der Süddeutschen von 1,49 *M* je Versicherten im Jahre 1916 auf 1,24 *M* im Jahre 1917, bei der Nordwestlichen von 1,62 auf 1,46 *M*, der Südwestdeutschen von 1,97 auf 1,71 *M*.

An sonstigen Mitteilungen sind bemerkenswert die der Hessen-Nassauischen landwirtschaftlichen BG., nach denen bei der Fortdauer des Krieges allgemeine Rentenrevisionen nicht abgehalten wurden. Auch wurde allgemein von Rentenminderungen und Rentenentziehungen abgesehen, soweit die Berechtigten im Felde standen oder eine durch den Krieg veranlaßte Notlage bestand. Der Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-BG. bot die allgemeine günstige Geschäftslage der Genossenschaftsmitglieder eine erwünschte Gelegenheit, den in der Rücklage infolge früherer unzulänglicher Ergänzungen vorhandenen Fehlbetrag von 1 844 170 *M*, der gesetzmäßig bis zum Jahre 1922 aufgebracht werden muß, zum größten Teil zu tilgen. Der Rücklage wurden 2½ Millionen Mark zugeführt. Das ist etwa das Doppelte des Pflichtbetrages. Die Norddeutsche Holz-BG., die einen Rückgang der Betriebe um 787 zu verzeichnen hatte, bemerkt, daß von der Stillegung der Betriebe hauptsächlich die kleinen Handwerker betroffen wurden. Hinsichtlich der dem Vernehmen nach beabsichtigten Einführung der gesetzlichen Verpflichtung der Arbeitgeber zur Einstellung Schwerkriegsbeschädigter hat der Genossenschaftsvorstand schwere Bedenken und diese an zuständiger Stelle geltend gemacht. Die Sächsische Baugewerks-BG. hat im Jahre 1917 mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts 561 000 *M* der Rücklage entnommen. Ohne diese Beihilfe hätte die Umlage eine solche Höhe erreicht, daß sie außerordentlich drückend für die Mitglieder der Genossenschaft gewesen wäre. Die Fuhrwerks-BG. unterließ unter Zustimmung des Reichsversicherungsamts die Abhaltung einer Genossenschaftsversammlung und unternahm über die nötigen Beschlüsse eine schriftliche Abstimmung. Aus der Mitte der gewählten Vertreter wurde kein Einspruch erhoben. Die Glas-BG. nahm Bestrafungen wegen Verstoßes gegen die Unfallverhütungsvorschriften nicht vor. Auch Ersatzansprüche an Unternehmer usw. wurden nicht geltendgemacht. Die Lagerei-BG. hebt hervor, daß regelmäßig von den nach Ablauf jeden Rechnungsjahres den Unternehmern zugestellten Vordrucken zur Aufstellung der Lohnnachweise mehrere Tausend unausgefüllt bleiben, trotzdem an ihre Rücksendung erinnert wird. Es erfolgt dann die Beitragsberechnung auf Grund des § 752 RVO. Die Papierverarbeitungs-BG. hat in ihren Unfallverhütungsvorschriften jedem größeren Betrieb zur Pflicht gemacht, eine dem Umfange und der Art des Betriebes entsprechende Anzahl durch einen Arzt vorgebildete Helfer zur Verfügung zu haben. In kleineren Betrieben soll stets der Werkmeister entsprechend angelernt sein. Die Schlesische Textil-BG. berichtet von neuen in die Genossenschaft aufgenommenen Betrieben, zu denen neben der Bewirtschaftung von Wohlfahrtseinrichtungen auch eine — Granatendreherei gehörte. Der Leinen-BG., die über ganz erhebliche Betriebseinschränkungen berichtet, gehört auch eine — Drahtseilerei an. Es wurde beschlossen, wegen der mangelhaften Schutzvorrichtungen in derselben von ihr einen besonderen Zuschlag von 10 v. H. einzufordern. Das Reichsversicherungsamt will einen derartigen Zuschlag, der sich auf subjektive Wahrnehmungen stützt, nur gelten lassen, wenn auch die Genossenschaftsversammlung sich damit einverstanden erklärt. Diese Zustimmung erfolgte. Die Sächsische Textil-BG. spricht sich über die Beschäftigung von Kriegsbeschädigten aus und meint, neben guten Erfahrungen mit den mitunter recht schwer beschädigten Arbeitern gingen auch ungünstige Erfahrungen einher. Manch einer der Kriegsverletzten konnte sich schwer an eine geregelte Arbeitsweise gewöhnen. Nach kurzer Zeit verließ mancher seine Arbeitsstätte ohne erkennbaren Grund. — Man sieht, die Berichte enthalten vieles für den Sozialpolitiker wichtiges Material.

Alkoholgenuß und Unfallgefahr.

In einer von der westfälischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft herausgegebenen Schrift „Unfallverhütung und Heilverfahren der land- und forstwirtschaftlichen Unfallversicherung, Anleitung für den Unterricht in Volks- und Fortbildungsschulen“ (1917) widmet die Berufsgenossenschaft auch dem Alkohol einen längeren Abschnitt. In diesem heißt es: „Eine Quelle vieler Unfälle bildet der mißbräuchliche Alkoholgenuß.“ Über jeweiligen einmaligen übermäßigen Genuß geistiger Getränke wird ausgeführt: „Es ist kein Zufall, daß sich in der Landwirtschaft am Montag die meisten Unfälle ereignen. . . . Der sonntägliche Alkoholgenuß zeitigt für den nächsten Arbeitstag ähnliche schädliche Wirkungen auf Körper und Geist, wie sie sich bei dem Gewohnheitstrinker als ständige Begleiterscheinung finden.“ Weiter wird bemerkt, daß, da jeder Genuß geistiger Getränke den Anreiz zu immer weiterem Genießen in sich berge, der Alkoholgenuß bei der Arbeit, die durch ihre Anstrengungen, namentlich bei heißer Witterung, Durst erzeugt, zu einer wesentlichen Unfallgefahr werde. Die Berufsgenossenschaft hat daher den landwirtschaftlichen Betriebsunternehmern die Verabreichung alkoholfreier Getränke an die Arbeiter empfohlen und zur weiteren Belehrung beider ein Merkblatt über die Schäden des Alkoholgenusses ausgearbeitet und mit den Unfallverhütungsvorschriften zur Verteilung gebracht. „Es ist ein Vorurteil,“ erklärt sie, „wenn heute noch in breiten Schichten der ländlichen Bevölkerung der Genuß von Alkohol als ein gutes Erfrischungs- und Stärkungsmittel bei der Arbeit gilt. Frisches Trinkwasser, Kaffee, Milch oder andere alkoholfreie Getränke leisten hierfür bessere Dienste, ohne die Gefahren und Schädigungen, die der Alkoholgenuß nur allzu leicht mit sich bringt. Unter allen Umständen sollten die Landwirte aber davon absehen, ihren Arbeitern schwere geistige Getränke, insbesondere Branntwein, bei der Arbeit zu verabfolgen. Nirgendswo spielt der Schnapsgenuß eine so große Rolle wie bei der Arbeit an der Dampfdreschmaschine. Die vielen schweren Unfälle, die bei dieser Arbeit eintreten, reden eine eindringliche Sprache.“

Der dienstälteste Beamte aller Krankenkassen Deutschlands

ist Herr Direktor **Haubrich**, der am 1. Oktober d. J. auf eine vierzigjährige ununterbrochene Amtstätigkeit bei der Ortskrankenkasse für Fabriken, Köln, zurückblicken konnte. Seit Besetzung Belgiens hat er im Bereiche der Kaiserlichen Fortifikation Namur die Reichsdeutsche Krankenversicherung für die Tausende belgischer Arbeiter und deren Familien nach den im Deutschen Reiche geltenden Grundsätzen organisiert, insbesondere die hierdurch erforderlich gewordene Anstellung von belgischen Ärzten, Apothekern, Krankenanstalten u. dgl. daselbst in die Wege geleitet. Die geschaffenen Einrichtungen sind sowohl von der Militärverwaltung wie auch den Arbeitern selbst als vorbildlich anerkannt worden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung“ nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Der Begriff der Regelleistung wird durch die Höhe des Grundlohns nicht berührt.

1. Nach Herne. Antwort: Welche Leistungen die Kassen gewähren müssen und welche sie durch die Satzung einführen dürfen, ist in den §§ 182 bis 205 RVO. bestimmt. Aus diesen Vorschriften ist zu entnehmen, ob eine Leistung zu den vorgeschriebenen Regelleistungen oder zu den zugelassenen Mehrleistungen im Sinne des § 179 gehört. Im Anschluß an diesen § 179 regeln dann die §§ 180, 181 die Bemessung der baren Leistungen überhaupt, also sowohl der Regel- als auch der Mehrleistungen; eine Leistung, die nach §§ 182 ff. zu den Regelleistungen gehört, wird daher nicht dadurch zur Mehrleistung, daß sie nach einem im § 180 zugelassenen höheren Grundlohn bemessen wird. Diese Auffassung wird unterstützt durch folgende Bemerkung in der Begründung der RVO. (S. 153): „Die regelmäßigen, schon kraft des Gesetzes zu gewährenden Leistungen der Krankenversicherung sind nunmehr für deren ganzes Gebiet, unbeschadet der Abstufung nach dem Arbeitsverdienste der Versicherten, gleichgestellt.“ Das bedeutet, daß der Begriff der Regelleistung durch die Höhe des Grundlohns nicht berührt wird (zu vgl. Hahn in „Betriebskrankenkasse“ 1916 S. 51 Ziff. 3). — Was hier mit Bezug auf §§ 180, 181 ausgeführt ist, gilt selbstverständlich auch mit Bezug auf die nunmehr durch die Bek. vom 22. November 1917 vorgeschriebenen und zugelassenen Erhöhungen der Grundlöhne. Auch wenn danach der Grundlohn den Höchstbetrag von 10 *M* erreicht, gilt daher das hiernach bemessene Krankengeld nicht als Mehrleistung, sondern als Regelleistung, sofern die Satzung es auf nicht mehr als auf 50 v. H. des Grundlohns festsetzt. Entsprechendes gilt auch von den anderen Barleistungen der Kasse.

Abgabe von Fieberthermometern an die Versicherten.

2. Nach Schwerin. Frage: Wir geben Fieberthermometer an unsere Mitglieder leihweise ab. Von den abgegebenen Thermometern kommt aber ein ganz erheblicher Teil nicht wieder zurück. Alle bisher hiergegen ergriffenen Maßnahmen haben sich als unwirksam erwiesen. Halten Sie es für zulässig, die

Abgabe von der Hinterlegung eines angemessenen Pfandes, das bei der Rückgabe der Thermometer erstattet wird, abhängig zu machen?

Antwort: Das Fieberthermometer ist kein Heilmittel, sondern dient der Selbstbeobachtung der Kranken in bezug auf den für die Beurteilung des Krankheitszustandes und für die dadurch bedingte Behandlung wichtigen Stand des Fiebers. Daß die Kasse den Kranken dieses „diagnostische“ Hilfsmittel zur Verfügung stellt, ist gewiß sehr zweckmäßig, aber eine Verpflichtung hierzu hat sie nicht. Sie kann daher die leihweise Überlassung auch von Bedingungen, insbesondere auch von der Bestellung eines Pfandes abhängig machen.

Pflicht der Kasse, die Kosten der ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Milch zu tragen.

3. **Nach Marienberg.** Antwort: Die Entscheidung des RVA., um die es sich in der uns unterbreiteten Zeitungsmitteilung handelt, ist im Heft 5 S. 94 abgedruckt. Sie darf selbstverständlich nicht ungehörig verallgemeinert werden dahin, daß die Kassen schlechthin die von ihren Mitgliedern benötigten sogenannten „Milchatteste“ bezahlen müßten. Denn das RVA. erachtet dort die Kasse nur deshalb zur Bezahlung der Kosten für ärztliche Bescheinigung für verpflichtet, weil die Milch im gegebenen Falle zu den Heilmitteln gehörte und daher das Verschreiben dieses Heilmittels unter den Begriff der ärztlichen Behandlung fiel. Die Milch ist aber keineswegs schon deshalb ein Heilmittel, weil der Arzt sie dem Versicherten verordnet hat; vielmehr ist sie der Regel nach als Lebensmittel anzusehen, das nur nach den besonderen Umständen des Falles zugleich die Bedeutung eines Heilmittels haben kann. Näheres hierüber hat Hahn hier im Heft 25 S. 481 ausgeführt.

Portokosten bei Übersendung der Beiträge zur Krankenversicherung durch eine öffentliche Kasse.

4. **Nach Jüterbog.** Frage: Seitdem der Absender bei Einzahlungen auf Postscheckkonto mittels Zahlkarte eine Gebühr zu entrichten hat, zieht eine Garnisonverwaltung bei Einzahlung der Krankenkassenbeiträge für die von ihr beschäftigten versicherungspflichtigen Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse auf das Postscheckkonto der Kasse das bei Benutzung einer Zahlkarte entstehende Porto ab. Ist die Garnisonverwaltung zu diesem Portoabzug berechtigt? Sie leitet ihr Recht zum Portoabzug aus Art. 92 EinfGes. zum BGB. in Verbindung mit Art. 11 preuß. AusfGes. zum BGB. her, die durch Ziff. 186 II. Teil der Garnisonverwaltungsordnung auch für Reichskassen für anwendbar erklärt worden seien. Demgegenüber steht die Ortskrankenkasse auf dem Standpunkt, daß diese landesrechtlichen Sonderbestimmungen hier nicht angewendet werden könnten, da sie gemäß Art. 11 preuß. AusfGes. zum BGB. nur Geltung hätten, „wenn nicht ein anderes bestimmt ist“ und die bestimmte Fassung des später ergangenen § 393 RVO., der alle Arbeitgeber zur Einzahlung der Beiträge zu einem gewissen Zeitpunkt verpflichte, damit eben etwas anderes bestimme.

Antwort: Wir können der Kasse nicht beipflichten. Der § 393 RVO. enthält eine Vorschrift nur über die Zahlungszeit, nicht über den Zahlungsort. Dieser bestimmt sich, beim Mangel einer Vorschrift in der RVO., nach dem maßgebenden bürgerlichen Recht. Für Preußen schreibt der erwähnte Art. 11 des AusfGes. zum BGB. vor, daß Zahlungen aus öffentlichen Kassen, wenn nicht ein anderes bestimmt ist, an der Kasse in Empfang zu nehmen sind. Eine öffentliche Kasse ist auch die der Garnisonverwaltung. Sie darf deshalb darauf bestehen, daß die Krankenkasse die Beiträge bei jener abholen läßt oder, wenn sie Übersendung vorzieht, das dadurch entstehende Porto trägt. — Die Krankenkassen können sich aber vor dieser Kostenbelastung durch die Satzung schützen, wenn diese bestimmt, daß die Beiträge entweder an der Kasse (Zahlstelle) zu entrichten oder kostenlos einzusenden sind. Denn die andere Bestimmung, auf die der Art. 11 AusfGes. verweist, muß nicht eine gesetzliche, sondern kann auch z. B. eine vertragsmäßige und ebenso eine im Rahmen des Gesetzes sich bewegende satzungsmäßige sein (§ 323 RVO.).

Einfluß der Erhöhung der Gebührensätze für Ärzte auf bestehende Verträge?

5. **Nach W.** Antwort: Die Sätze der Gebührenordnung für Ärzte gelten nur für den Fall, daß eine Vereinbarung über die Gebühren zwischen den Beteiligten nicht getroffen ist (§ 1 der preuß. GebOrdg.; § 80 Abs. 2 der GewOrdg.; § 612 Abs. 2 BGB.) Beim Vorliegen einer vertragsmäßigen Regelung der Gebühren der Kassenärzte bleiben daher die Taxsätze der Gebührenordnung schlechthin außer Betracht. Mithin ist auch die Änderung einzelner dieser Sätze ohne jeden Einfluß auf die vertragsmäßig festgestellten Sätze. Die Meinung, daß durch die Erhöhung einzelner Positionen der preußischen Gebührenordnung sich auch die entsprechenden Positionen der vereinbarten Taxe „automatisch“ erhöhen, ist haltlos und geradezu unbegreiflich.

Beteiligung einer Krankenkasse an einer Baugenossenschaft zur Milderung des Wohnungselends?

6. **Nach S.** Frage: Eine Baugenossenschaft, die zu dem Zweck errichtet ist, minderbemittelten Familien oder Personen gesunde und zweckmäßig eingerichtete Wohnungen in eigens erbauten oder angekauften Häusern zu billigen Preisen zu verschaffen, will unsere Kassenmitglieder bei Vergebung von Wohnungen vorzugsweise berücksichtigen, wenn die Kasse mit 10 bis 20 Anteilen von je 200 ℳ Genossenschaftsmitglied wird. Bestehen rechtliche Bedenken, verfügbare Gelder aus der Rücklage in dieser Form anzulegen? Nach dem Wortlaut des Gesetzes erscheint die Sache zweifelhaft, aber wie der Krieg ja so manche Hindernisse in sozialer Hinsicht beseitigt hat und noch weitere beseitigen wird, und weil auch die Aufsichtsbehörden neuerdings auf dem Standpunkt stehen, daß die Krankenkassen mitberufen sind, dem Wohnungselend zu steuern, glauben wir, uns an dieser sozialen Fürsorge beteiligen zu dürfen.

Antwort: Die Mittel der Kasse dürfen nach § 363 Abs. 1 RVO. auch „für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwendet werden“. Diesem Zweck würde gewiß auch die in Frage stehende Beteiligung der Kasse an der Wohnungsfürsorge dienen können, und es würde nichts dagegen einzuwenden sein, wenn die Kasse in gewissen, ihrem Vermögensstande entsprechenden Grenzen Mittel zur Milderung des Wohnungselends verwenden wollte (zu vgl. hinsichtlich der Bekämpfung anderer sozialer Übel z. B.: ArbVers. 1916 S. 66, 395, 475; 1918 S. 217 Ziff. 7). Hier aber handelt es sich nicht um „Verwendung“ von Kassenmitteln in solchen Grenzen, z. B. durch laufende Beiträge oder einmalige Bei-

hilfen zur Förderung zweckdienlicher Bestrebungen, sondern es steht die „Anlegung" von keineswegs unerheblichen Mitteln durch Beitritt zur Genossenschaft und Erwerbung von Geschäftsanteilen in Frage. Dem stehen die zwingenden Vorschriften in §§ 26, 27 RVO. entgegen. Es kommt hinzu, daß die Kasse durch den Beitritt zu einer Genossenschaft, wegen der damit verbundenen Schuldenhaftung, in unzulässiger Weise ein, je nach Umständen, recht weitgehendes Risiko übernehmen würde (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 263 Ziff. 3 a). Wir müssen daher die Frage verneinen.

Die Erhöhung der Grundlöhne (Bekanntmachung vom 22. November 1917) wirkt auch auf den Unfallzuschuß ein.

7. Nach Lüdenscheid. Antwort: Die Berufsgenossenschaft will bei Anwendung der §§ 573, 576 RVO. die Erhöhung der Grundlöhne auf Grund der Bekanntmachung vom 22. November 1917 (ArbVers. 1917 S. 817) in der Art außer Betracht lassen, daß ein Anspruch auf den Unfallzuschuß (§ 573) und eine Erstattungspflicht (§ 576) nicht bestehen soll, wenn „das nach dem neuen Grundlohn berechnete einfache Krankengeld höher ist als das nach dem früheren Grundlohn erhöhte". Diese Ansicht wird damit begründet, daß die Bekanntmachung nicht bestimme, daß ihr Geltungsbereich sich auch auf das Gebiet der Unfallversicherung erstrecke. Einer solchen Bestimmung bedurfte es aber nicht. Die Bekanntmachung enthält eine für die Kriegszeit geltende Abänderung des § 180 RVO., der die Grundlage für die Bemessung der Barleistungen der Krankenkassen, insbesondere auch für die Bemessung des Krankengeldes bildet. Die erhöhten Grundlöhne treten daher überall, wo das Gesetze vom Krankengelde spricht, an die Stelle der nach § 180 bestimmten Grundlöhne. Danach bemißt sich also jetzt auch ohne ausdrückliche Hervorhebung der Unfallzuschuß aus § 573 und folglich auch die im § 576 festgestellte Pflicht der Genossenschaft oder des Unternehmers, der Krankenkasse den Mehrbetrag aus § 573 zu erstatten.

Zur Rechtslage der Versicherungsträger, wenn der Beitragsschuldner unter Geschäftsaufsicht steht.

8. Nach Mainz. Frage: In ArbVers. 1917 S. 167 Ziff. 2 ist ausgeführt, daß nach § 6 der Bek. vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1359) Zwangsvollstreckungen in das Vermögen des Schuldners auch wegen der Beiträge aus der Sozialversicherung während der Dauer der Geschäftsaufsicht nicht statthaft seien. Der § 6 besagt aber, daß Zwangsvollstreckungen in das Vermögen des Schuldners zugunsten der Gläubiger, die von dem Verfahren betroffen werden, nicht stattfinden dürfen. Da nun nach § 13 Abs. 1 Ziff. 5 a. a. O. von dem Verfahren nicht betroffen werden, die im § 61 Nr. 1 bis 5 der Konkursordnung bezeichneten und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Gläubiger wegen ihrer bevorrechtigten Forderungen, auch soweit sie nach der Anordnung der Geschäftsaufsicht fällig werden und die Berufsgenossenschaftsbeiträge nach § 28 Abs. 3 RVO. das Vorzugsrecht des § 61 Nr. 1 der Konkursordnung genießen, so ist meines Erachtens auch während der Dauer der Geschäftsaufsicht die Zwangsvollstreckung wegen der Berufsgenossenschaftsbeiträge zulässig.

Antwort: Ihre Erinnerung gegen unsere Auskunft würde zutreffen, wenn es sich damals — was wir nicht mehr feststellen können — tatsächlich um bevorrechtete Beitragsrückstände gehandelt hätte. Wir gehen nämlich davon aus, daß das Konkursvorrecht nur solchen Beiträgen zusteht, die für das letzte Jahr vor der Konkurseröffnung — oder entsprechend: vor Anordnung der Geschäftsaufsicht — rückständig sind (zu vgl. ArbVers. 1914 S. 297 nebst Anm.). Nur solche Beiträge und ferner diejenigen, die erst nach der Anordnung der Geschäftsaufsicht fällig werden, werden gemäß § 13 Abs. 1 Ziff. 5 von dem Verfahren nicht betroffen, so daß ihretwegen Arreste und Zwangsvollstreckungen auch während der Geschäftsaufsicht zulässig sind.

Invalidität nach Verlust eines Beines?

9. Nach R. Frage: Am 1. März 1916 wurde ich von der Militärverwaltung wegen Verlustes des linken Beines mit einer Rente von 75 v. H. entlassen. Von der Landesversicherungsanstalt beziehe ich seit der 26. Woche von meiner Verwundung an eine Krankenrente von jährlich 144 *M*. Ich bin von Beruf Maurer; da ich diesen Beruf wegen meiner Verwundung nicht mehr ausüben kann, habe ich Stellung als Bureaugehilfe angenommen und verdiene jährlich 300 *M*. Die Landesversicherungsanstalt hat mich erneut auf meine Arbeitsunfähigkeit untersuchen lassen. Der Arzt erklärte mir, daß ich mit einem Verdienst von 300 *M* jährlich, Rente nicht mehr beanspruchen könne, da ich zusammen mit der Militärrente einen Verdienst von rund 1100 *M* hätte. Vor dem Kriege hatte ich als Maurer eine Einnahme von 1500 bis 1600 *M*. Ich bitte um Auskunft, ob man mir aus den angegebenen Gründen die Rente vorenthalten kann.

Antwort: Der Arzt hat Sie unrichtig beschieden. Sie haben nach § 1255 RVO. Anspruch auf Invalidenrente, wenn Sie nicht mehr imstande sind, durch eine Ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Danach ist es von vornherein falsch, Ihnen die Militärrente als Verdienst anzurechnen; sie bleibt außer Betracht, weil sie nicht durch Arbeit verdient wird. Anderseits kommt es aber auch nicht lediglich darauf an, was Sie gegenwärtig als Bureaugehilfe tatsächlich verdienen, sondern was Sie bei Berücksichtigung des gesamten Arbeitsmarktes nach Ihren Kräften und Fähigkeiten verdienen können, und dies ist in Vergleich zu setzen mit dem, was ein gesunder Arbeiter Ihrer Art zu verdienen pflegt. In letzterer Hinsicht kann es nicht auf Ihren gegenwärtigen Beruf, den Sie doch nur unter dem Zwange der Verhältnisse ergriffen haben, ankommen, sondern es ist davon auszugehen, daß Sie bis zu Ihrer Verwundung Maurer waren und daß ein solcher, bei unverminderter Arbeitskraft, jetzt wohl mindestens soviel und wahrscheinlich erheblich mehr zu verdienen pflegt, als Sie vor der Verwundung verdient haben. Ihren früheren Beruf können Sie selbstverständlich nicht wieder aufnehmen, aber es fragt sich, ob Sie nicht mit der Ihnen verbliebenen Arbeitskraft in einer anderen Stelle als der jetzigen mehr erwerben könnten als nur 300 *M*. Dabei handelt es sich nur um eine Frage der Arbeitsfähigkeit, nicht der Arbeitsgelegenheit. Es darf Ihnen zugemutet werden, daß Sie sich nach anderen Verwendungen Ihrer Arbeitskraft umtun. Wenn danach Ihre Erwerbsmöglichkeit noch

auf ⅓ des regelmäßigen Verdienstes eines gesunden Mannes zu schätzen ist, haben Sie keinen Anspruch auf Invalidenrente. Ist sie geringer zu schätzen, so würde Ihr Anspruch begründet sein. Hierüber werden außer dem Arzte nötigenfalls Personen, die der in Betracht kommenden wirtschaftlichen Verhältnisse kundig sind, zu vernehmen sein.

Überwachung der Kranken im Wege der Rechtshilfe.

10. Nach Nauen. Frage: Gilt das Ersuchen um Krankenüberwachung als Rechtshilfe gemäß § 116 RVO., wenn die ersuchte Kasse dem Kranken nicht die Leistungen der ersuchenden Kasse zu gewähren hat? Der Versicherte erhält nur das einfache Krankengeld und hat an seinem neuen Aufenthaltsort, den er erst nach Eintritt der Krankheit aufgesucht, keinen Anspruch auf freie ärztliche Behandlung und Arznei. Das Krankengeld erhält er direkt von der ersuchenden Kasse zugesandt. Sollte die Frage verneint werden, auf Grund welcher Bestimmungen kann dennoch ein erkranktes Mitglied, welches keinen Anspruch auf Krankenpflege hat, einer anderen Kasse nur zur Überwachung überwiesen werden?

Antwort: Wir verweisen auf unsere Auskunft im Jahrgang 1916 S. 695 Ziff. 12 und halten die Kasse des Aufenthaltsorts nicht für verpflichtet, dem Ersuchen um Überwachung des einer anderen Kasse angehörigen Kranken stattzugeben. Dagegen kann das örtlich zuständige Versicherungsamt ersucht werden und die Rechtshilfe nicht von vorgängiger Einigung über die Kosten abhängig machen (zu vgl. Bescheid des RVA. vom 13. Mai 1914, Entsch. u. Mitt. Bd. 5 S. 29).

Grund der Belastung des Unternehmers mit dem Unfallzuschuß.

11. Nach Kaufbeuren. Antwort: Nach früherem Rechte (§ 12 Abs. 1 GewUnfVersGes.) fiel der Unfallzuschuß zum Krankengelde schlechthin dem einzelnen Unternehmer zur Last. Dies wurde von den Unternehmern als unbillig empfunden, da durch die reichsgesetzliche Unfallversicherung die Haftung der Gesamtheit der Unternehmer (der Berufsgenossenschaft) an die Stelle der Einzelhaftung gesetzt war. Den hierauf gegründeten Änderungsvorschlägen wurde aber entgegengesetzt, daß die Haftung der Gesamtheit doch erst mit dem Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall einsetze. Hierauf beruht die im § 576 Abs. 1 RVO. getroffene vermittelnde Regelung. Zu vgl. Begr. zur RVO. S. 294 ff., Moesle-Rabeling Anm. 2 zu § 576, Stier-Somlo Anm. 1 zu § 576.

Freiwillige Versicherung von Ersatzkassenmitgliedern bei einer Orts- oder Betriebskrankenkasse.

12. B. A. J. Antwort: Es ist zu unterscheiden zwischen der freiwilligen Weiterversicherung und dem freiwilligen Beitritt. Die Weiterversicherung schließt sich unmittelbar an die Pflichtmitgliedschaft an. Das Recht auf sie steht auch den Ersatzkassenmitgliedern zu, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt haben. Denn sie sind Mitglieder ihrer Pflichtkasse, auch wenn bei dieser ihre Rechte und Pflichten ruhen. Die Weiterversicherung setzt nur Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung voraus. Mit dieser erst entsteht das Recht auf Weiterversicherung; es gehört also nicht etwa zu denjenigen Rechten, die während der Pflichtmitgliedschaft geruht haben; denn während dieser bestand es ja gar nicht. Die Weiterversicherung erfolgt bei der bisher zuständigen Pflichtkasse. Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 1a zu § 517. Was das Recht zum Beitritt betrifft, so setzt es frühere Zugehörigkeit zu einer Kasse überhaupt nicht voraus. Es besteht, sofern die Erfordernisse des § 176 RVO. erfüllt sind, und wird durch gegenwärtige oder frühere Mitgliedschaft bei einer Ersatzkrankenkasse nicht ausgeschlossen. Der Berechtigte kann durch freiwilligen Beitritt entweder die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse seines Betriebes (§ 245 Abs. 4) oder, wenn er dieser nicht beitritt, bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse oder der Landkrankenkasse — je nach der Beschäftigung — erwerben (§ 238 RVO.).

Verjährung des Erstattungsanspruchs wegen Kriegswochenhilfe.

13. Nach Mogilno. Antwort: § 223 Abs. 1 RVO. bestimmt: Ansprüche auf Kassenleistungen verjähren in zwei Jahren nach dem Tage der Entstehung. Dies würde an sich auch für die von den Krankenkassen zu gewährenden Leistungen an Kriegswochenhilfe zu gelten haben (zu vgl. Krause, Anm. 8 zu § 7 der Bek. vom 3. Dezember 1914). Es kommen aber für die Kriegszeit die Bekanntmachungen des Reichskanzlers über Verlängerung der Verjährungsfristen in Betracht. Nach der letzten dieser Bekanntmachungen vom 22. November 1917 (ArbVers. 1917 S. 796) tritt die Verjährung nicht vor Ende 1918 ein. Die Kasse durfte also die Leistungen nicht ablehnen, und das Versicherungsamt ist im Unrecht, wenn es den Erstattungsanspruch der Kasse unter Hinweis auf § 223 RVO. zurückweist.

Verletzung mehrerer Strafbestimmungen der Krankenordnung durch fortdauerndes Verhalten.

14. Nach Neuß. Frage: Ein Versicherter wurde für längere Zeit krank und arbeitsunfähig, verzog nach seinem auswärts belegenen Wohnorte und ließ sich dort privatärztlich behandeln, angeblich in dem Glauben, kein Kassenmitglied zu sein. Erst nach Beendigung der 11 Wochen währenden Krankheit will das Mitglied von seiner Kassenzugehörigkeit erfahren haben und trat alsdann mit seinen Ansprüchen an die Kasse heran. Der Kassenvorstand beschloß, das Mitglied wegen Übertretung der auf Grund des § 529 RVO. erlassenen Krankenordnung für jede Woche in die höchst zulässige Strafe (Krankengeld für 3 Tage) zu nehmen, weil diese Ordnung in jeder Woche übertreten worden sei. Der Bestrafte erhebt hiergegen Beschwerde, weil es sich nur um eine einzige Übertretung handele, die auch nur eine einmalige Bestrafung rechtfertige. Nach hiesiger Ansicht liegen, wenn auch nicht allwöchentliche, doch mehrere verschiedenartige Übertretungsfälle vor, z. B. Kassenarzt nicht konsultiert, Krankenschein nicht ausstellen lassen, Wohnungsänderung nicht gemeldet usw. Ist das richtig?

Antwort: Nein! Es handelt sich um ein auf einem einheitlichen Entschlusse beruhendes, fortgesetztes Verhalten, das nach allgemeinen strafrechtlichen Grundsätzen nur eine strafbare Handlung darstellt, wenngleich dadurch mehrere Strafvorschriften verletzt sind.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1225 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 1. November 1918. Heft 31

Die Krankheit, ihr Beginn und ihr Ende.

Von Oberregierungsrat Kobler in München.

Die Reichsversicherungsordnung behandelt im zweiten Buche die Krankenversicherung. Der Begriff der Krankheit ist an keiner Stelle erläutert. Das Gesetz spricht in den §§ 165 und 182 von Krankheit, in §§ 182 und 183 vom Beginn der Krankheit, weiterhin auch von Erkrankungen. Man sollte nun meinen, daß es praktisch gar nicht schwer wäre, zu bestimmen, ob jemand krank ist oder nicht und wann jemand erkrankt; aber jeder Tag bringt neue Fälle, in denen die Anwendung des Gesetzes erhebliche Zweifel und deshalb Streitigkeiten veranlaßt. In dieser Beziehung sind vielleicht einige Erfahrungen wertvoll.

Schwierigkeiten entstehen dadurch, daß sich das, was der Arzt unter Krankheit versteht, von der Krankheit im Rechtssinne unterscheidet. Ich habe schon in „Einige Bemerkungen über ärztliche Gutachten“ im laufenden Jahrgange dieser Zeitschrift Heft 3 S. 41 ff. auf den Zwiespalt hingewiesen, der zwischen der ärztlichen Auffassung und den Rechtsbegriffen oft besteht. Die Rechtswissenschaft und die medizinische Wissenschaft unterscheiden sich im Ausgangspunkte und in der Methode. Krankheit im medizinischen Sinne ist jede Störung desjenigen körperlichen oder geistigen Zustandes, der im allgemeinen bei allen Menschen beobachtet wird und als Gesundheit anzusehen ist. Dagegen ist Krankheit im Rechtssinne ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, dessen Eintritt und Bestehen entweder lediglich die Notwendigkeit der Heilbehandlung des Erkrankten oder zugleich oder sogar ausschließlich seine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Der Rechtsbegriff ist meist enger als der medizinische; denn der regelwidrige Zustand muß, wenn er Rechtsfolgen haben soll, äußerlich in die Erscheinung treten und wahrgenommen werden können. Es kann aber umgekehrt eine Krankheit im medizinischen Sinne schon behoben, im Rechtssinne aber noch vorhanden sein. Das ist der Fall, wenn jemand seiner Erwerbstätigkeit ohne Schädigung der Gesundheit noch nicht nachgehen kann, wenn also die Heilung abgeschlossen, die Arbeitsfähigkeit aber noch nicht wiedergekehrt ist.

Gleichgültig ist die Ursache der Krankheit, ob krankhafte Veranlagung oder ein Unfall usw. vorliegt. Körperliche Störungen, welche die Folge einer normalen körperlichen Entwicklung sind, werden nicht als Krankheiten angesehen, wenn sich nicht Leiden daran knüpfen, die eine ärztliche Behandlung notwendig machen. Dauernd fehlerhafte Zustände des Körpers, die weder ärztliche Hilfe erfordern, noch zeitweise Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, sind ebenfalls keine Krankheiten. Der Verlust einzelner Gliedmaßen ist nach Abschluß der Heilung

trotz fortdauernder Arbeitsunfähigkeit keine Krankheit mehr.

Der regelwidrige Zustand muß, wie oben erwähnt, äußerlich in die Erscheinung treten und wahrgenommen werden können, wenn er Rechtsfolgen haben soll. Ein Magengeschwür kann z. B. längere Zeit bestehen, ohne daß äußere Anzeichen dieses Leidens irgendwie sich bemerkbar machen. Solange das der Fall ist, liegt keine Krankheit im Rechtssinne vor. Der Arzt bezeichnet als Krankheit jeden regelwidrigen Zustand. Ein latentes (verborgenes) Leiden, welches die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflußt und überhaupt noch nicht wahrnehmbar in die äußere Erscheinung getreten ist, wird jeder Arzt, wenn es nachträglich erkannt wird, als Krankheit von Anbeginn an erachten. Krankheit im Rechtssinne ist es aber in dieser ersten Zeit nicht. Wohl aber ist Krankheit im Rechtssinne ein Leiden, das sich z. B. schon in Kraftlosigkeit, Müdigkeit äußert, auch wenn seine Natur der ärztlichen Erkenntnis noch unzugänglich ist.

Auch die Trunksucht kann Krankheit sein. Sie ist es dann, wenn sie krankhafte Erscheinungen geistiger oder körperlicher Art hervorruft, die zwingend auf die Willenskraft oder die körperliche Arbeitsbefähigung einwirken (Rekursentsch. 2323, Amtl. Nachr. 1909 S. 509). Die Trinkleidenschaft, der Hang zum Trinken, ist zwar krankhafter Art, aber keine Krankheit im Rechtssinne und deshalb nicht Gegenstand der Krankenversicherung. Erst in seinen vorgeschrittenen Stadien kann dieser Hang Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben und auch Heilbehandlung erfordern.

Der Plattfuß ist ein fehlerhafter Zustand des Körpers, eine krankhafte Anlage. Wenn dieser körperliche Zustand keine ärztliche Behandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit nicht zur Folge hat, stellt er keine Krankheit im Rechtssinne dar. In Krankheit geht der Zustand erst über, wenn sich infolge der Plattfüße schmerzhafte entzündliche Erscheinungen zeigen, die eine Heilbehandlung erfordern oder Arbeitsunfähigkeit verursachen. Wenn zur Behebung dieser entzündlichen Erscheinungen Plattfußeinlagen verordnet werden, so ist darin die Gewährung eines Heilmittels zu erblicken. Der Umstand aber, daß die Plattfußeinlagen ständig getragen werden, ist kein Grund, das Fortbestehen von Krankheit anzunehmen. Wenn durch den Gebrauch der Einlagen der entzündete Zustand der Füße behoben ist, haben die Einlagen den Zweck erfüllt, als Heilmittel zu dienen; ihre weitere Benützung ist dazu bestimmt, eine neue Erkrankung zu verhindern. Die Notwendigkeit, Plattfußeinlagen tragen zu müssen, stellt an sich noch keine Krankheit dar, so wenig wie der Zwang zum Tragen einer Brille. So oft aber wieder entzündliche Erscheinungen auftreten, ist ein neuer Krankheitsfall vorhanden. (zu vgl. Entsch. der bayer. LVA. in ArbVers. 1918 S. 510).

Bei chronischen Leiden beginnt jeweils eine neue Krankheit, wenn in irgendeinem Zeitraum die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung fortgefallen war oder die durch den regelwidrigen Zustand herbeigeführte Arbeitsunfähigkeit aufgehört hatte und sodann zwischen diesem Ende der älteren Krankheit und der neuen Erkrankung ein wenn auch nur kurzer Zwischenraum lag, in dem bei vernünftiger Lebensweise weder eine Heilbehandlung notwendig war, noch Arbeitsunfähigkeit vorlag. Der Arzt ist geneigt, das Vorhandensein solcher Zwischenräume nicht anzuerkennen, weil der krankhafte Zustand des Körpers fortdauert. Krankheitsfrei ist eben nicht gleichbedeutend mit geheilt. Das Gesetz aber unterscheidet im § 188 RVO. die nicht gehobene Krankheitsursache und den neuen Versicherungsfall. Der Arzt spricht in solchen Fällen von chronischer Krankheit, die Rechtswissenschaft von einem Rückfall in die frühere Krankheit. Besonders schwierig ist die Frage, wenn nur Sprechstundenbehandlung vorliegt. Hier kommt es darauf an, ob die einzelnen Akte auf Fortsetzung berechnet waren; sonst können sie in ihrer Vereinzelung kein zusammenhängendes Heilverfahren darstellen.

In dieser Beziehung ist maßgebend, ob der Arzt dem Kranken jeweils einen bestimmten Termin für das Wiederkommen setzte und für welchen Zeitraum er ihn mit Arznei versorgte. Auf die Annahme eines krankheitsfreien Zwischenraumes ist möglicherweise auch die Frage von Einfluß, ob das Wiederauftreten der Krankheit mit bestimmten Ereignissen in Zusammenhang steht. Unfälle können eine Körpererschütterung und dadurch bei manchem chronischen Leiden Rückfälle herbeiführen.

Krank im medizinischen Sinne ist auch derjenige, der nur eine besondere, seinem Zustande entsprechende Lebensweise einzuhalten hat. Aber krank im Rechtssinne ist derjenige nicht, der nur eine besondere Lebensweise einhalten oder alle Ausschreitungen vermeiden muß und, wenn er das tut, weder arbeitsunfähig ist noch einer ärztlichen Behandlung bedarf. Der Zuckerkranke hat, auch wenn er zuckerfrei ist, immer eine besondere Sorgfalt in der Auswahl der Speisen und Getränke nötig; aus diesem Grunde allein darf aber nicht die Fortdauer der Krankheit angenommen werden.

Ein Arbeitsfähiger gilt überhaupt nicht als krank im Rechtssinne, wenn und solange keine ärztliche Behandlung nötig ist. Unter ärztlicher Behandlung ist die auf Heilung oder Linderung der Krankheit gerichtete Tätigkeit des Arztes oder seiner Gehilfen zu verstehen. Wenn jemand dem Arzte subjektive Symptome klagt, für die sich kein objektiver Untergrund findet, so gibt der Arzt harmlose Mittel oder empfiehlt Bettruhe; das stellt aber schon eine ärztliche Behandlung dar. Ähnlich ist es mit der bloßen Beratung für die Lebensweise; in dieser kann eine ärztliche Behandlung erblickt werden namentlich dann, wenn der Rat notwendig ist, um Störungen des körperlichen Befindens zu beseitigen, die sich infolge ungeeigneter Lebensweise bereits eingestellt haben. Etwas anderes ist es, wenn die ärztliche Beratung nur den Zweck hat, festzustellen, ob der Verdacht einer Krankheit begründet ist oder nicht. Erst wenn sich ergibt, daß wirklich eine Krankheit vorhanden ist, wird die Behandlung des Leidens eingeleitet werden können. Das ist z. B. bei der Beratung Geschlechtskranker der Fall. Deshalb ist die Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten von den Landesversicherungsanstalten nicht als Maßregel eines individuellen Heilverfahrens, sondern als allgemeine Maßnahme zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung gemäß § 1274 RVO. eingeführt worden. Auch soweit sich die Kassen daran beteiligen, veranlaßt sie hierzu nicht ihre Pflicht, den Versicherten Krankenpflege zu gewähren; es geschieht das vielmehr nur im Vollzuge des § 363 RVO., der den Kassen gestattet, ihre Mittel auch für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung zu verwenden.

Arbeitsunfähigkeit ist auch dann vorhanden, wenn die Arbeit nur unter der Gefahr der Verschlimmerung des körperlichen Zustandes geleistet werden könnte. Mit diesem Abmaße begründet Urlaubs- oder Erholungsbedürftigkeit noch keine Arbeitsunfähigkeit. Gefahr der Verschlimmerung ist in keiner Weise abzusehen, wenn ein querulantisch veranlagter Mann bei seiner Arbeit bleibt. Nervöse Leiden werden meist um so schlechter, je mehr sich der Kranke der Arbeit enthält. Wenn jemand Krankenpflege notwendig hat und durch die Maßnahmen, zu denen die Krankenpflege Anlaß gibt, in der Ausübung einer Erwerbstätigkeit verhindert wird, ist er arbeitsunfähig. Ein Kriegsbeschädigter hat z. B. eine Wunde am Fuß, die noch nicht abgeheilt ist; er muß, weil nur im Krankenhaus eine zweckmäßige Behandlung möglich ist, dort zurückbehalten werden, bis das Heilverfahren abgeschlossen ist. Wenn sich der Zustand der Wunde auch noch so sehr bessert und wenn der Kranke auch mit dem verbundenen Fuße leichtere Arbeiten im Sitzen in erheblichem Umfange verrichten könnte, so

ist er doch solange arbeitsunfähig, als der Aufenthalt im Krankenhause die Ausübung einer Erwerbstätigkeit verhindert.

Ob eine Krankheit vorliegt, bestimmt sich regelmäßig nach objektiven Merkmalen, die von Sachverständigen festgestellt werden müssen, nicht allein nach der Ansicht oder Handlungsweise des Versicherten. Die Krankheit beginnt in dem Augenblick, in dem zuerst entweder ärztliche Behandlung, Arzneien oder Heilmittel erforderlich werden oder in dem die Arbeitsunfähigkeit eintritt. Auch für den Beginn der Krankheit ist die Ansicht des Versicherten selbst oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe nicht allein entscheidend (objektive Hilfsbedürftigkeit).

Die objektive Hilfsbedürftigkeit ist ein Rechtsbegriff. In ihm drückt sich der Gedanke aus, daß das Verhalten des Kranken allein nicht entscheidend sein kann; Rechtsfolgen können sich eben nicht an rein innere Vorgänge knüpfen, sondern nur an äußerlich erkennbare Tatsachen. Deshalb ist auch die Feststellung objektiver Hilfsbedürftigkeit nur auf Grund bestimmter Tatsachen möglich, aus denen sich ergibt, daß der Kranke verständigerweise einen Arzt beiziehen muß. Die objektive Hilfsbedürftigkeit ist in das Rechtsleben eingeführt worden, um die Schwierigkeiten zu beseitigen, die sich aus dem Hereintragen subjektiver Empfindungen in das Rechtsleben ergaben; sie darf deshalb nicht dazu dienen, neue Schwierigkeiten zu schaffen oder gar die Grundsätze der Krankenversicherung auf den Kopf zu stellen. Im Zweifel wird man deshalb wohl annehmen müssen, daß ein Kranker nicht fortarbeitet, wenn er hierzu nicht mehr fähig ist, sowie daß er dann ärztliche Hilfe aufsucht, wenn er über Beschwerden in gesundheitlicher Beziehung zu klagen hat. Solange jemand seine Arbeit zur Zufriedenheit seines Arbeitgebers verrichtet und niemanden etwas von Schmerzen sagt, wird man im Zweifel auch annehmen dürfen, daß er nicht krank ist. Die Krankenkassen sind in erster Linie verpflichtet, dem Versicherten Krankenhilfe zu gewähren. Der Begriff der objektiven Hilfsbedürftigkeit darf aber nicht dazu benützt werden, die Pflicht zur Kostentragung zeitlich zu verschieben oder die Ersatzpflicht auf eine Kasse in einer Weise abzuwälzen, die in Widerspruch mit den äußeren Tatsachen steht und lediglich auf Vermutungen gestützt werden könnte. In dieser Beziehung ist ein praktischer Fall ganz lehrreich: Bei einer syphilitischen Erkrankung hat eine Blutprobe nach Wassermann positive Reaktion ergeben. Weitere Anzeichen einer Krankheit waren nicht vorhanden. Auf Grund dieser positiven Reaktion wurde aber eine Zwangsheilung im Krankenhause eingeleitet. Wenn nun der Zeitpunkt festgestellt werden soll, zu welchem die syphilitische Erkrankung begonnen hat, so kann auch hier nicht über den Tag hinaus zurückgegangen werden, an dem durch die Wassermannsche Blutprobe die Krankheit festgestellt worden ist. Vorher sind Symptome der Krankheit nicht in die äußere Erscheinung getreten. Auch bei der Syphilis gibt es latente Zustände, die nicht anders beurteilt zu werden vermögen, als eine im Körper schlummernde Krankheitsanlage. Es geht nicht an, aus der erfolgten positiven Reaktion ohne weiteres zu folgern, daß auch eine frühere Untersuchung das gleiche Ergebnis gehabt hätte, und auf Grund dieser Vermutung den Beginn der Krankheit auf einen früheren Zeitpunkt zu verlegen. Auch bei der Syphilis kann die Ansteckung nicht als Beginn der Krankheit im Rechtssinne betrachtet werden. Denn die Ansteckung läßt sich nicht sofort und ohne weiteres erkennen. Auch die Wassermannsche Blutuntersuchung reicht nicht aus, um sofort klarzustellen, ob eine Ansteckung vorliegt oder nicht. Der positive Ausfall beweist wohl das Vorhandensein der Krankheit, ihr negativer Ausfall aber nicht, daß Syphilis nicht vorhanden ist; denn es muß jedenfalls ein gewisser Zeitraum seit der Ansteckung verflossen sein, wenn die Untersuchung positiv ausfallen soll. Der Zeitpunkt, zu dem die Krankheit festgestellt wurde, darf nicht durch den Zeitpunkt ersetzt werden, zu dem die Krankheit viel-

leicht hätte erkannt werden können. So etwas würde jede Rechtssicherheit beseitigen und der Willkür Tür und Tor öffnen.

Die Forderung der Rechtssicherheit darf man auf einem Gebiete, wie es die Sozialversicherung darstellt, nie außer acht lassen. Die Anwendung des Rechts darf sich hier weniger als sonst unnötige Schwierigkeiten schaffen. Das ganze Volk ist an unserer Rechtsprechung aktiv und passiv beteiligt. Da muß auch der Schein vermieden werden, als ob diese Angelegenheiten oberflächlich und willkürlich behandelt werden könnten.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungsfreiheit der Bezirkshebammen.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 12. Januar 1918 (P. 200/17).

Wie in der grundsätzlichen Entscheidung vom 24. September 1915 [„AngestVers." 1916 S. 5*)] näher dargelegt ist, sind Hebammen, die von Gemeinden und anderen Behörden zur sachgemäßen Leistung ihrer Dienste öffentlich bestellt oder verpflichtet werden, als selbständige Erwerbstätige aufzufassen. Sie sind nicht von den Weisungen der Angestelltenbehörde bei Ausübung ihres Berufs abhängig und stehen den privaten Auftraggebern frei gegenüber. Die Beschränkungen, die in Gemäßheit der allgemein bestehenden Verfügungen den Hebammen auferlegt werden, betreffen lediglich die im öffentlichen Interesse zur Pflege der Volksgesundheit notwendige Regelung einzelner Punkte, ergeben dagegen keine Beschränkung der wirtschaftlichen Selbständigkeit der Hebammen. Es handelt sich dabei lediglich um Zulassungsbedingungen und um Wirkungen der obrigkeitlichen Aufsicht über das Hebammenwesen. Der Hauptgesichtspunkt bei der Regelung ist die Aufrechterhaltung einer ordnungsmäßigen Berufsausübung, die Sorge für eine sachgemäße Ausbildung der Hebammen und für eine ständige Aufsicht, sowie in gewissem Umfang die Sorge dafür, daß den Hebammen eine ausreichende Einnahme aus ihrer Tätigkeit gesichert wird. Demgemäß ist in dem Beschluß in Sachen der Bezirkshebamme Frau Klara H. — P. 193/17 — der Grundsatz des Beschlusses vom 24. September 1915 auch für den Fall aufrechterhalten worden, daß den Hebammen ein bestimmter Betrag an Gebühren vom Kreise gewährleistet wird. Eine Abweichung von dem Grundsatz ist aber auch dann nicht gerechtfertigt, wenn, wie im vorliegenden Falle, den Hebammen neben den Gebühren ein festes Gehalt von geringerer Höhe bewilligt ist. Dieses Gehalt dient, wie in der Äußerung des Landrats vom 27. November 1916 zutreffend bemerkt wird, lediglich dazu, die Hebamme für den Ausfall an Gebühren bei armen Personen zu entschädigen. Seine Höhe ist so gering, daß sie gegenüber der sonstigen Jahreseinnahme der Hebamme nicht ins Gewicht fällt. Die Gewährung dieses Gehalts ist also nicht geeignet, der Stellung der Hebamme den Charakter des abhängigen Dienstverhältnisses aufzuprägen. Auch die Gewährung eines geringfügigen Gehalts neben der Gebühreneinnahme dient lediglich den oben hervorgehobenen gesundheitspolizeilichen Rücksichten bei der Ordnung des ganzen Verhältnisses. Die Gewährung dieses Gehalts kann nicht dafür verwendet werden, die Annahme eines wirklichen Anstellungsverhältnisses, einer beruflichen und persönlichen Abhängigkeit der Hebamme von dem bestellenden Kreise zu begründen.

*) ArbVers. 1916 S. 221.

Zeugnispflicht des Geschäftsführers einer Krankenkasse; unberechtigte Weigerung.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 20. September 1918 (I B. K. 13/18).

Durch Beschluß des Versicherungsamts ist gegen den Geschäftsführer einer Krankenkasse wegen unentschuldigten Ausbleibens in dem zu seiner Vernehmung als Zeuge anberaumten Termine eine Geldstrafe festgesetzt worden. Die von ihm angeführten Entschuldigungsgründe wegen seines Nichterscheinens hat das Oberversicherungsamt nicht als berechtigt anerkannt und daher seine Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

1. Die Vorladung des Beschwerdeführers als Zeuge war nicht deshalb ungesetzlich, weil derselbe nach seiner Angabe zum Betrieb der Streitsachen der Krankenkasse bestellt ist und somit als Parteivertreter zu gelten habe. Ausgeschlossen von der Vernehmung als Zeuge sind nach den Grundsätzen des Zivilprozesses, welche auch hier maßgebend sind, nur die Parteien und ihre gesetzlichen Vertreter, nicht aber auch diejenigen Personen, welche von den Parteien mit der Wahrnehmung ihrer Interessen in einzelnen Terminen vor den entscheidenden Behörden beauftragt sind. Der Beschwerdeführer hätte also allenfalls dann nicht als Zeuge vernommen werden können, wenn er Mitglied des Vorstandes der Kran-

kenkasse wäre (vgl. Neukamp, Kommentar zur Zivilprozeßordnung Vorbem. zu § 373).

2. Fehl geht auch die Anführung des Beschwerdeführers, daß der Vorsitzende des Versicherungsamts durch die Zeugenvernehmung nicht die Klarstellung des Sach- und Rechtsverhältnisses bezweckt, vielmehr eine Art Strafuntersuchung gegen die Kasse beabsichtigt habe, da er geglaubt habe, den Zeugen „unehrlicher Machenschaften" gegen die Versicherte E. F. überführen zu können. Dem Vorsitzenden des Versicherungsamts liegt es nach § 1652 RVO. ob, die Streitsachen zur mündlichen Verhandlung vorzubereiten. Er kann vor dieser Verhandlung Beweis erheben und dabei nach eigenem Ermessen Zeugen vernehmen. Wenn er nun die Vernehmung des Zeugen beschloß, welcher sowohl Geschäftsführer der Krankenkasse ist, als auch persönlich in der in Rede stehenden Streitsache der Versicherten E. F. schriftliche Verfügungen zu den Akten gegeben hat, so handelte er lediglich in den durch § 1652 gegebenen Grenzen. Wenn es noch eines Beweises dafür bedürfen sollte, so ist es die Niederschrift über die Vernehmung des Beschwerdeführers, die auf eine abermalige Vorladung hin stattfand. Der Zeuge mußte sich aber auch selbst sagen, daß er zu dem Inhalt der Akten auf Vorhalt aufklärende Mitteilungen würde machen können. Es kann nicht als zulässig erachtet werden, daß eine als Zeuge geladene Person schon deshalb zum Termin nicht erscheint, weil sie sich von vornherein die Meinung bildet, man wolle von ihr im Termin eine Aussage fordern, die nicht der Aufklärung des Sachverhalts im Streitverfahren, sondern anderen Zwecken diente. Es steht einem als Zeuge Geladenen lediglich frei, die Aussage über Angelegenheiten, die nicht der Aufklärung des Sachverhalts dienen, zu verweigern, worüber alsdann nach § 1652 (letzter Absatz) eine besondere Entscheidung der zuständigen Behörden zu ergehen hätte.

3. Ohne Einfluß auf die Pflicht zum Erscheinen im Termin war auch der Umstand, daß der Gegenstand der Vernehmung in der Zeugenladung nicht näher angegeben war. Nach § 27 der Verordnung über das Verfahren der Versicherungsämter, einer Vorschrift, die dem Beschwerdeführer übrigens bekannt war, kann aus besonderen Gründen von dieser Mitteilung abgesehen werden, sofern dies in den Akten vermerkt wird, was im vorliegenden Falle auch tatsächlich geschah.

4. Wenn ferner zu dem Zeugenvernehmungstermin die Versicherte nicht geladen war, so liegt darin wohl ein formeller Mangel des Verfahrens, der aber den Zeugen nicht berechtigte, seinerseits überhaupt nicht zu erscheinen.

5. Dasselbe gilt von der unrichtigen Belehrung über die Rechtsmittelfrist in dem Bescheide des Vorsitzenden des Versicherungsamts vom 27. Dezember 1917, durch welchen dem Beschwerdeführer der Beschluß des Versicherungsamts mitgeteilt wurde. Dem Beschwerdeführer war bekannt, daß er das Rechtsmittel binnen einer Woche einzulegen hatte, und da er tatsächlich diese Frist innegehalten hat, so kann unentschieden bleiben, welche Rechte ihm zuständen, falls er auf die ihm gewordene Mitteilung hin, daß er sich binnen eines Monats beschweren könne, die Frist des § 1576 außer acht gelassen hätte.

Anmerkung: Unter 1 der vorstehenden Entscheidung ist darauf hingewiesen, daß nach den Grundsätzen der Zivilprozeßordnung nur „die Parteien und ihre gesetzlichen Vertreter" von der Vernehmung als Zeuge ausgeschlossen sind. Ob dies, soweit es sich um die gesetzlichen Vertreter handelt, auch für das Verfahren vor den Versicherungsbehörden gilt, ist zweifelhaft und streitig. Das Reichsversicherungsamt hat die Frage in der Rek.-Entsch. 2048, Amtl. Nachr. 1904 S. 412 bejaht; Moesle-Rabeling, Anm. 6 zu § 1574 RVO., treten dem entgegen und leiten die Zeugnispflicht der gesetzlichen Vertreter der Versicherungsträger, also der Vorstandsmitglieder, schon aus der im Versicherungsprozeß geltenden Pflicht zur Aufklärung der Sache von Amts wegen, dann aber auch daraus her, daß die im Zivilprozesse gegebene Möglichkeit, dem gesetzlichen Vertreter einen Parteieid aufzuerlegen, im Versicherungsprozesse fehlt. In einer bei dem Oberversicherungsamt Groß-Berlin anhängig gewordenen Beschwerdesache (I B.E. 14/18) ist diese Streitfrage praktisch geworden. Das Oberversicherungsamt hat die Beschwerde gemäß §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich dabei im Sinne von Moesle-Rabeling geäußert.

B. Zur Krankenversicherung.

Gültigkeit einer Satzung, die den Angehörigen der Versicherten ärztliche Behandlung nur durch den Kassenarzt zubilligt.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 14. September 1918 (3010 A. K. 17).

Der klagende Armenverband hat das hilfsbedürftige Kind der Arbeiterin S. durch Krankenhauspflege unterstützt. Die Mutter der Verpflegten ist Mitglied der beklagten Betriebskrankenkasse, die den Kindern der Versicherten satzungsmäßig Familienhilfe, und zwar ärztliche Behandlung nur durch den Kassenarzt gewährt. Unter Hinweis hierauf hat die Kasse den vom Armenverband erhobenen Ersatzanspruch (§§ 1531 ff. RVO.), soweit er die Kosten der ärztlichen Behandlung betraf, abgelehnt. Die deshalb vom Armenverband erhobene Klage ist vom Versicherungsamt zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

§ 205 RVO. besagt, daß als Familienhilfe Krankenpflege gewährt werden „kann". Da es sich

hierbei aber um eine Mehrleistung des Gesetzes handelt, erscheint es nicht notwendig, daß diese alle im § 182 a. a. O. gedachten Leistungen umfaßt. Es muß den Kassen vielmehr zugebilligt werden, diese Leistungen satzungsgemäß zu beschränken, also ärztliche Hilfe auch allein durch die Kassenärzte zu gewähren. In diesem Sinne hat Beklagte die Gewährung der ärztlichen Hilfe an Familienmitglieder im § 20 ihrer Satzung eingeschränkt; nur in dringenden Fällen darf zur ersten Hilfeleistung auf Kosten der Kasse ein fremder Arzt zugezogen werden. Letzteres kommt aber bei der Art der Erkrankung nicht in Frage. Der Einwand des Klägers, daß diese Beschränkung gegenüber den Armenverbänden keine Anwendung finde, kann als stichhaltig nicht anerkannt werden. In der vom Kläger angezogenen Entscheidung 2370 des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1917 S. 541, ArbVers. 1917 S. 700) wird zwar gesagt, daß allerdings angenommen wurde, daß, wenn eine Kasse in ihrer Satzung ihren Mitgliedern bestimmte Verpflichtungen auferlege, deren Erfüllung sie als Voraussetzung für die Gewährung von Unterstützung seitens der Kasse fordert (Benutzung bestimmter Ärzte usw.), die Wirksamkeit dieser Bestimmungen sich nur auf die Mitglieder der Kasse beziehen könne, und ihre Versäumnis nicht den Armenverbänden entgegengehalten werden könne; es wird aber weiter ausgeführt, daß auch das Oberverwaltungsgericht in ständiger Rechtsprechung angenommen habe, daß es für die Ersatzpflicht der Krankenkassen gegenüber den Armenverbänden darauf ankomme, ob sie ihrem von einem Armenverbande unterstützten Mitgliede die Krankenunterstützung hätten gewähren müssen, wenn das Mitglied sie bei ihnen und nicht bei dem Armenverbande in Anspruch genommen hätte. Letzteres trifft aber nicht zu, da die Kasse, was rechtlich zulässig erscheint, die ärztliche Versorgung auf die Hilfeleistung durch die Kassenärzte beschränkt hat.

Für Krankenpflege von Familienangehörigen der Versicherten ist nicht der Pauschsatz aus § 222 RVO., sondern der wirkliche Kostenbetrag zu erstatten.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. April 1918 (2468, Amtl. Nachr. 1918 S. 420).

Für den Geltungsbereich des Krankenversicherungsgesetzes schrieb § 57 Abs. 4 vor, daß für die Erstattung der Kosten in Fällen, in denen auf Erfordern einer Kasse an außerhalb ihres Bezirks wohnende Versicherte Leistungen gewährt wurden, als Ersatz der Krankenpflege die Hälfte des Krankengeldes galt, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen wurden. Schon damals war es streitig, ob dieser Pauschsatz auch dann in Betracht kam, wenn die bezeichneten Leistungen einem Familienangehörigen eines Versicherten gewährt waren. Im allgemeinen wurde diese Frage aus der Erwägung, daß die Angehörigen kein Krankengeld erhalten und deshalb auch nicht ein in der Hälfte des letzteren bestehendes Pauschquantum berechnet werden könne, verneint (zu vgl. Verordnung des Königl. Sächs. Ministeriums des Innern vom 10. Mai 1892 in der ArbVers. 1892 S. 473; Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsger. vom 3. Januar 1910, abgedruckt in der ArbVers. 1910 S. 550); Hahn, Krankenversicherungsgesetz, Anm. 5c zu § 57). Wie die Begr. zum Entw. der RVO. (S. 164) bemerkt, sollen die darin vorgesehenen Vorschriften, die als §§ 219 bis 222 RVO. unverändert daraus hervorgegangen sind, im wesentlichen den Inhalt der vorstehend bezeichneten Vorschrift des Krankenversicherungsgesetzes wiedergeben. Nur ist der als Ersatz der Kosten für Krankenpflege festgestellte Pauschsatz geändert und der Zusatz „sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden" fortgelassen. Der Gesetzgeber hat hiernach im übrigen offenbar den Rechtszustand des früheren Gesetzes aufrechterhalten wollen. Dies ist auch überwiegend die Auffassung der Literatur, die daher die Anwendung des Pauschsatzes bei Erkrankungen von Familienangehörigen verneint (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3d zu § 222, Stier-Somlo, Kommentar Anm. 4 zu § 222, Siefahrt-Sitzler, Anm. 2 zu § 222). Anderer Ansicht ist Hoffmann (Kommentar Anm. 4 zu § 222) unter Bezugnahme auf zwei ältere Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsger. Der Standpunkt dieses Gerichtshofs ist aber durch die vorstehend bezeichnete Entsch. vom 3. Januar 1910 verlassen. Der Senat hat sich der herrschenden Auffassung angeschlossen. Insbesondere erschien ihm die Heranziehung des Grundlohns des Versicherten als Maßstab für den Umfang der bei Erkrankung von Familienangehörigen zu erstattenden Auslagen willkürlich. Auch die Praxis verfährt, wie eine Anfrage bei den Krankenkassenverbänden ergeben hat, in der Weise, daß sie bei Erkrankungen von Familienangehörigen die im Einzelfall erwachsenen Auslagen erstattet. Tatsächlich gewährt nämlich nur eine verhältnismäßig kleine Anzahl von Kassen den Familienangehörigen die Leistungen der Krankenpflege des § 182 Nr. 1 RVO., während der weitaus größte Teil der Kassen die Leistungen des § 205 Nr. 1 auf einzelne Leistungen der Krankenpflege beschränkt, sie auch oftmals noch zeitlich begrenzt hat. Es wird also Krankenpflege im Umfang des § 182 Nr. 1, wie sie den Versicherten als Regelleistungen zusteht und wovon offenbar der § 222 Satz 2 ausgeht, nur verhältnismäßig selten gewährt. Hiernach würde zur Zeit für die Anwendung des Pauschsatzes überhaupt nur in Ausnahmefällen Raum sein.

Die Krankenordnung kann bestimmen, daß Geschlechtskranke sich bei der Beratungsstelle zu melden haben.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 25. Juni 1918 (B. K. 173/18).

Die Krankenkasse hat beschlossen, den § 1 ihrer Krankenordnung wie folgt zu ändern: „Im Erkrankungsfalle haben sich die Kassenmitglieder sofort in die Behandlung eines Kassenarztes zu begeben und sich hierzu einen Ausweisschein entweder in ihrer Arbeitsstätte oder im Kassenlokal ausstellen zu lassen. Liegt Geschlechtskrankheit oder Verdacht einer solchen vor, so haben sich die Mitglieder neben der kassenärztlichen Behandlung bei einer von den Landesversicherungsanstalten Berlin und Brandenburg errichteten Beratungsstelle für Geschlechtskranke zu melden, die nach den bestehenden Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind." Das Versicherungsamt hat zu der beantragten Änderung die Genehmigung versagt, weil die Bestimmung einen Eingriff in das freie Selbstbestimmungsrecht der Versicherten darstellen würde, denen es überlassen bleiben müsse, ob sie überhaupt und welche ärztliche Hilfe sie in Anspruch nehmen wollen.

Ein solches freies Selbstbestimmungsrecht oder richtiger eine solche Handlungsfreiheit der gegen Krankheit versicherten Personen kennt aber das geltende Recht der RVO. nicht, vielmehr soll nach § 347 die Meldung und Überwachung der Kranken s o w i e i h r V e r h a l t e n durch eine Krankenordnung geregelt werden, und Übertretungen der Krankenordnung sind nach § 529 mit Geldstrafe bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes bedroht. Auf Grund dieser Gesetzesvorschriften sind dann auch schon verschiedentlich in den Krankenordnungen Bestimmungen erlassen und genehmigt worden, welche eine Einschränkung der Handlungsfreiheit der erkrankten Versicherten enthalten (vgl. die Krankenordnung der Kasse selbst in den §§ 1 Ziff. I und IV, 4 Ziff. IV und V, ferner das Muster einer Krankenordnung in ArbVers. 1913 S. 833 Nr. 1, 4, 6 letzter Absatz). Alle diese Vorschriften setzen voraus, daß jeder ernstlich Erkrankte sich in ärztliche Behandlung zu begeben hat; wenn das gleiche im vorliegenden Falle auch schon bei einem Krankheits v e r d a c h t gefordert wird, so erscheint dies bei der Gefährlichkeit der Geschlechtskrankheiten ebenfalls zulässig. Das heutige Recht kennt überhaupt nicht eine schrankenlose Handlungsfreiheit des einzelnen, sondern wird beherrscht von dem sozialen oder dem Gemeinschaftsgedanken. Innerhalb der Gemeinschaft, also hier innerhalb der Kassenmitgliedschaft, hat jeder die Pflichten zu erfüllen, die das gemeinsame Interesse fordert. Ebenso wie ein Zwang zum Erwerb der Kassenmitgliedschaft, zur Meldung und Beitragszahlung besteht, kann nach dem Gesetze auch ein Zwang, sich der ärztlichen Untersuchung und Behandlung zu unterwerfen, für erkrankte Kassenmitglieder durch eine Krankenordnung begründet werden; Zuwiderhandelnde trifft eben die im § 529 vorgesehene Strafvorschrift, bestehend im Verlust an Krankengeld oder Zahlung einer Geldstrafe, die sich nach ihm bemißt. Eine solche Strafvorschrift ist auch insofern gerechtfertigt, als den Krankenkassen nicht zugemutet werden kann, denjenigen Versicherten das Krankengeld voll zu zahlen, welche sich der vorgesehenen ärztlichen Pflege und Beratung vorsätzlich oder aus Unachtsamkeit entziehen und dadurch ihre Arbeitsunfähigkeit verlängern oder herbeiführen.

Ohne Bedeutung ist auch der in dem Beschlusse des Versicherungsamts noch erwähnte Gesichtspunkt, daß es sich bei den Beratungsstellen für Geschlechtskranke um Einrichtungen handelt, welche der Kasse nicht gehören. Ähnlich wie in Fällen, wo Versicherte einem öffentlichen Krankenhause überwiesen werden, muß es auch hier genügen, wenn nur der Eigentümer der Einrichtung damit einverstanden ist, daß diese von den Kassenmitgliedern benutzt wird. Die Landesversicherungsanstalten Berlin und Brandenburg sind aber, wie das Oberversicherungsamt noch ausdrücklich festgestellt hat, durchaus bereit, die Beratungsstellen den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen, und haben es sogar als dringend erwünscht bezeichnet, daß die Versicherten durch die Krankenordnung zum Aufsuchen der Stellen verpflichtet werden.

C. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

Vom 30. September 1918 (RGBl. S. 1222).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) nachstehende Verordnung erlassen:

§ 1. — Die Vorschriften des § 936 Abs. 2, 3 der Reichsversicherungsordnung werden bis auf weiteres außer Kraft gesetzt; an ihre Stelle tritt folgende Vorschrift:

Erleiden landwirtschaftliche Arbeiter, die nicht unter die §§ 931 bis 935 der Reichsversicherungsordnung fallen, nach dem Inkrafttreten dieser Verordnung einen Unfall, so ist die Rente nach einem Jahresarbeitsverdienste zu berechnen, der um dreißig vom Hundert höher ist als der zuletzt vor dem 1. August 1914 festgesetzte. Ist seitdem ein Jahres-

arbeitsverdienst festgesetzt worden, der den durch Satz 1 vorgeschriebenen übersteigt, so bleibt der höhere Jahresarbeitsverdienst für die Rentenberechnung maßgebend.

§ 2. — Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens.

Anmerkung: Die Verordnung ist, durch Ausgabe der Nr. 131 des Reichsgesetzblatts in Berlin am 1. Oktober 1918, mit diesem Tage in Kraft getreten.

Bekanntmachung über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallfürsorge für Gefangene.

Vom 3. Oktober 1918 (RGBl. S. 1227).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Verletzten, die auf Grund des Gesetzes, betreffend die Unfallfürsorge für Gefangene, vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 536) eine Rente von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente beziehen, wird für die Zeit bis zum 31. Dezember 1919 auf Antrag eine monatlich im voraus zahlbare Zulage von acht Mark zu ihrer Rente gewährt, sofern sich die Verletzten im Inland aufhalten und nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht benötigt wird.

§ 2. — Der Antrag ist an die Ausführungsbehörde, welche die Rente festgesetzt hat, oder an die untere Verwaltungsbehörde zu richten. Die untere Verwaltungsbehörde gibt den Antrag unverzüglich an die Ausführungsbehörde ab und teilt ihr den Tag des Einganges mit.

§ 3. — Die Ausführungsbehörde entscheidet schriftlich. Bei völliger oder teilweiser Ablehnung des Antrags sind die Gründe mitzuteilen. Gegen die Entscheidung der Ausführungsbehörde ist binnen einem Monat nach Zustellung Beschwerde zulässig.

Über die Beschwerde entscheidet endgültig diejenige Stelle, die zu entscheiden hätte, wenn es sich um eine Beschwerde gegen einen Rentenbescheid handeln würde. Diese Stelle ist in der Entscheidung über den Antrag auf Gewährung der Zulage anzugeben.

§ 4. — Ist ein Antrag endgültig abgelehnt worden, weil die Voraussetzungen des § 1 nicht vorlagen, so kann der Antrag nur wiederholt werden, wenn glaubhaft bescheinigt wird, daß inzwischen Umstände eingetreten sind, welche die Gewährung der Zulage rechtfertigen.

§ 5. — Die Zulage wird nur für volle Kalendermonate und nicht länger als drei Monate rückwärts, gerechnet vom Beginne des Monats, in welchem der Antrag eingegangen ist, gewährt.

§ 6. — Die Zulage fällt weg, wenn der Bezug der Rente ruht oder wenn der Verletzte sich gewöhnlich im Ausland aufhält oder wenn er nicht mehr eine Rente in der im § 1 angegebenen Höhe bezieht.

§ 7. — Die Zulage wird dem Berechtigten auf Anweisung der Ausführungsbehörde vorschußweise durch die für die Rentenzahlung zuständige Postanstalt gegen Quittung ausgezahlt. Die Zahlstelle wird dem Berechtigten von der Ausführungsbehörde mitgeteilt.

§ 8. — Jede Person, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen, ist befugt, die bei den Zahlungen erforderlichen Bescheinigungen zu beglaubigen.

§ 9. — Binnen acht Wochen nach Ablauf jedes Rechnungsjahrs weisen die obersten Postbehörden den einzelnen Ausführungsbehörden die für sie geleisteten Zahlungen nach und bezeichnen die Postkassen, an die sie zu erstatten sind.

Die Ausführungsbehörden haben die Beträge binnen drei Monaten nach Empfang des Forderungsnachweises an die bezeichnete Postkasse abzuführen.

§ 10. — Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 1918 in Kraft.

Rekurs wegen einer Rente für vorübergegangene Erwerbsunfähigkeit (§ 1700 Ziff. 2 RVO.).

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts — Großen Senats — vom 5. Januar 1918 (2990, Amtl. Nachr. 1918 S. 362).

... Der zur Entscheidung stehende Fall weicht von dem Sachverhalt, der der Entscheidung des Sechsten Senats vom 26. Mai 1916 (Nr. 2912, Amtl. Nachr. 1916 S. 720) zugrunde liegt, insofern ab, als dem Kläger auch für die Vergangenheit eine Rente nicht zugesprochen worden ist, während im Falle der Rekursentscheidung vom 26. Mai 1916 dem Verletzten von der Berufsgenossenschaft eine Rente bis zu einem bestimmten Zeitpunkt gewährt worden war. Für die Beurteilung der Rechtsfrage kann es aber keinen Unterschied begründen, ob dem eine laufende Rente beanspruchenden Verletzten bereits im ersten oder zweiten Rechtszug eine Rente nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt gewährt oder von vornherein völlig versagt ist und erst vom Rekursgericht die Berechtigung für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum anerkannt werden soll. In beiden Fällen handelt es sich darum, ob das Rekursgericht, wie der Sechste Senat angenommen hat, durch die §§ 1707 und 1700 Nr. 2 RVO. daran gehindert ist, die Entscheidung des Oberversicherungsamts lediglich für die Vergangenheit abzuändern. Daher würde sich der Vierzehnte Senat, wenn er den Rekurs im vorliegenden Falle zuließe, tatsächlich mit der Entscheidung des Sechsten Senats in Widerspruch setzen. Die Verweisung der Sache an den Großen Senat ist deshalb nach § 1717 Abs. 1 RVO. begründet.

Bei der Entscheidung der grundsätzlichen Rechtsfrage kann die von dem Sechsten Senat in den Vordergrund gerückte Untersuchung über die Tragweite des § 1707 RVO. dahingestellt bleiben. Diese Gesetzesvorschrift behandelt den Fall der Verbindung rekurs- oder revisionsfähiger Ansprüche mit rekurs- oder revisionsunfähigen Ansprüchen. Ob aber ein Rechtsmittel an sich zulässig ist, muß in erster Linie nach den Vorschriften der §§ 1695, 1696, 1700 RVO. beurteilt werden. Daher ist vorliegend der maßgebende Ausgangspunkt für die Entscheidung der Frage der Inhalt des § 1700 Nr. 2 RVO. Bei der Auslegung dieser Vorschrift hat sich der Große Senat

der Ansicht des verweisenden Senats angeschlossen. Nach § 1700 Nr. 2 RVO. ist der Rekurs ausgeschlossen, „wenn es sich handelt um Renten für eine Erwerbsunfähigkeit, die zur Zeit der Entscheidung des Rekursgerichts unstreitig oder nach rechtskräftiger Feststellung vorübergegangen ist". In Übereinstimmung mit dem regelmäßigen Sprachgebrauch kann unter der rechtskräftigen Feststellung, von der die Rekursmöglichkeit abhängt, nur eine solche verstanden werden, die der Entscheidung des Rekursgerichts zeitlich vorausgeht. Da die Rechtskraft einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts erst mit seiner Verkündung eintritt, so geht es auch begrifflich nicht an, den § 1700 Nr. 2 RVO. anzuwenden, wenn erst das Reichsversicherungsamt bei der Fällung seiner Entscheidung zu dem Ergebnis gelangt oder die Feststellung der Vorinstanzen bestätigt, daß dem Kläger wegen vorübergegangener Erwerbsunfähigkeit eine Rente zur Zeit nicht mehr gebührt. Diese Auslegung entspricht ferner der gesetzgeberischen Absicht, die dem § 1700 Nr. 2 RVO. zugrunde lag. Nach dem Bericht der 16. Kommission über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung (VI. Teil S. 179, 185, 186, 188, 192) sollte lediglich das frühere Recht (§ 80 Abs. 1, § 69 Abs. 1 Nr. 1b GewUnfVersGes. vom 30. Juni 1900, zu vgl. Handb. der Unfallvers., 3. Aufl., Bd. I S. 508) in der Auslegung, die es in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts erfahren hatte, in den § 1700 Nr. 2 RVO. übernommen werden. Danach wurde, um den Rekurs bei einem Anspruch über eine vorübergegangene Erwerbsunfähigkeit auszuschließen, gefordert, daß bereits eine der Entscheidung des Rekursgerichts vorausgehende rechtskräftige Feststellung dahin vorlag, daß die Erwerbsunfähigkeit vorübergegangen sei (zu vgl. Rekursentsch. des Erweiterten Senats 2256, Amtl. Nachr. 1908 S. 549).

Aus der dem Wortlaut und der Entstehungsgeschichte des Gesetzes widersprechenden Auffassung der Entscheidung vom 26. Mai 1916 würde sich auch ein Rechtszustand ergeben, der zu zahlreichen Unzuträglichkeiten und Härten führen müßte. Da sich die Entscheidung des Rekursgerichts durch Umstände verzögern kann, die von dem Willen des Verletzten unabhängig sind, so würde dieser ohne seine Schuld des Rechtsmittels verlustig gehen können, weil im Laufe des Rekursverfahrens die Unfallfolgen schließlich als beseitigt angesehen werden müssen. Aus allen diesen Gründen kann die der Entscheidung vom 26. Mai 1916 zugrunde liegende Rechtsauffassung nicht aufrechterhalten werden. Sie läßt sich auch nicht durch die weitere Erwägung rechtfertigen, die der Sechste Rekurssenat in den Entsch. vom 17. und 26. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 718 Nr. 2911, S. 720 Nr. 2912) angestellt hat, daß bei einer von seiner Ansicht abweichenden Auslegung dem Verletzten die Möglichkeit gegeben sei, trotz besserer Überzeugung durch Erweiterung seiner Ansprüche die Rekursausschließungsgründe des § 1700 Nr. 2 und 3 RVO. zu umgehen. Wenn auch diese Möglichkeit nicht ausgeschlossen und in jedem Falle unerwünscht ist, so fällt sie doch gegenüber den für die Rechtsansicht des verweisenden Vierzehnten Senats sprechenden Erwägungen nicht entscheidend ins Gewicht. Dabei kann unerörtert bleiben, ob ein nachweislich zur Umgehung des Gesetzes eingelegtes Rechtsmittel, das auf einem Umweg eine Entscheidung über Fälle der §§ 1695, 1696, 1700 RVO. erreichen will, nicht aus allgemeinen Rechtsgründen als unzulässig verworfen werden könnte.

Ob im übrigen der Entscheidung vom 17. Mai 1916 (Nr. 2911), gegen die erhebliche, aus der vorstehenden Begründung sich ergebende Bedenken sprechen, beizutreten sein würde, ist hier nicht zu entscheiden.

Hiernach steht nichts im Wege, dem Rekurse des Verletzten, der eine laufende Rente begehrt, auch dann stattzugeben, wenn seine Ansprüche nur für eine in der Vergangenheit liegende Zeit begründet sind ...

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Schluß aus dem Arbeitsverdienst auf Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit. — Zeitliche Begrenzung des Rentenbezugs.

Rev. Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts vom 1. Juni 1918 (J. R. 19/18).

Der Buchhandlungsgehilfe E. war am 12. September 1916 als Feldzugsteilnehmer verwundet und am 1. Juli 1917 als zu 70 v. H. erwerbsbeschränkt aus dem Militärdienst entlassen worden. Seit dem 15. Mai 1917 war er wieder in seinem früheren Berufe gegen 170 *M*, seit Oktober 1917 gegen 200 *M* Monatsgehalt tätig. Die Landesversicherungsanstalt bewilligte ihm vom 9. März 1917 an, dem Beginn der 27. Woche nach dem Eintritt der Invalidität für deren weitere Dauer, und zwar bis zum 30. Juni 1917, eine Krankenrente, indem sie annahm, daß E. mit Rücksicht auf seinen Verdienst mindestens seit dem 1. Juli 1917 nicht mehr invalide im Sinne von § 1255 RVO. gewesen sei. Die Berufung, mit der E. eine Dauerrente beanspruchte, weil sein Zustand — Verletzung des linken Armes und der linken Hand — dauernd sei, wurde zurückgewiesen. Auch das Oberversicherungsamt war der Ansicht, daß E., der annähernd dasselbe verdiene, wie eine sogenannte „gute Kraft", die 200 bis 225 *M* monatlich erhalte, Invalidität nicht mehr vorliege. Die gegen sein Urteil eingelegte Revision wurde durch Entscheidung vom 1. Juni 1918 verworfen. In der Begründung wird zunächst ausgesprochen, daß die Revision, obwohl nicht eine Entziehung der Rente in Frage kam, zulässig sei, weil es sich nicht bloß um „das Ende der Rente" (§ 1696 Nr. 1 RVO.) handelt, sondern die

Voraussetzung des erhobenen Rentenanspruchs, die Fortdauer der Invalidität über den in dem angefochtenen Bescheid bestimmten Zeitpunkt hinaus streitig sei, und dann folgendes ausgeführt:

Es ist deshalb in die sachliche Prüfung dieses Anspruches einzutreten. Die Vorinstanzen verneinen dessen Bestehen bereits im Hinblick auf den vom Kläger tatsächlich erzielten Arbeitsverdienst. Demgegenüber trifft es zwar zu, daß nach § 1255 Abs. 2 RVO. nicht die tatsächliche Höhe des Arbeitsverdienstes, sondern die Fähigkeit des Versicherten zum Erwerbe als Maßstab für die Bestimmung der Invalidität in Betracht kommt, diese Vorschrift also die Vergleichung der persönlichen Leistungsfähigkeit mit der gesetzlich festgelegten Verdienstgrenze fordert. Wenn aber der tatsächliche Erwerb einen sicheren Schluß auf die Fähigkeit dazu, die Verwertbarkeit der Kräfte des Versicherten auf dem Arbeitsmarkt an die Hand gibt, so ist darauf allerdings in erster Reihe Gewicht zu legen (zu vgl. Grundsätzl. Entsch. des LVA. Bd. 1 S. 59, 60 Nr. 8; Mitteilungen des Bayer. LVA. 1914 S. 106 und 131 Nr. 36 und 28, auch Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 3 S. 185 und 189 Nr. 78 und 80). Im vorliegenden Falle hat das Berufungsgericht ohne Verstoß wider den klaren Inhalt der Akten festgestellt, daß der Kläger durch die Wiederaufnahme seiner vor der Einberufung zum Kriegsdienste und der Verwundung geübten Tätigkeit das Einkommen eines vollkräftigen Arbeiters seines Berufszweiges, des Buchhandels, fast vollständig wieder erreiche. Das Berufungsgericht durfte hieraus ohne Verletzung der Grundsätze über die freie Beweiswürdigung folgern, daß das Maß der Erwerbsfähigkeit des Klägers die Grenze, die das Gesetz für die Annahme der Invalidität gezogen hat, in sehr erheblichem Maße überschreite und ihn jedenfalls in den Stand setze, das gesetzliche Lohndrittel zu erwerben. Danach aber nimmt es auch ohne Rechtsirrtum an, daß der Kläger seit dem Zeitpunkte des tatsächlichen Erwerbes eines dem Erwerbe vollkräftiger Arbeiter seines Berufszweiges nahekommenden Arbeitslohnes nicht mehr invalide im Sinne von § 1255 Abs. 2 RVO. sei und Anspruch auf die ihm bewilligte Rente nicht mehr habe.

In Frage kann hiernach nur noch kommen, ob es der Beklagten gestattet war, so, wie sie es getan hat, einen Endpunkt für den Rentenbezug in ihrem Bescheide festzusetzen. Die Bestimmungen des § 1255 Abs. 1 und 3 sowie des § 1304 RVO. geben an die Hand, daß regelmäßig die Festsetzung eines kalendermäßig abgegrenzten Zeitraums für den Bezug der Invalidenrente unzulässig ist. Wenn aber, worauf bereits hingewiesen wurde, im Zeitpunkte der Rentenbewilligung die wesentliche Voraussetzung der Rente, die Erwerbsunfähigkeit, wieder beseitigt ist, so handelt es sich nicht um die zeitliche Begrenzung der Rente für die Zukunft und nicht um die Entziehung einer schon bewilligten Rente, sondern nur um die Bewilligung einer Rente, für deren weiteren Lauf der gesetzliche Grund wieder weggefallen ist. Darum ist auch die Bestimmung des Endpunktes der Rente im Bescheide der Beklagten als zulässig anzuerkennen (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar, Anm. 12 zu § 1304 S. 214, sowie die schon angezogenen Revisionsentscheidungen Nr. 1053 und 583), wobei nach dem Stande des lediglich vom Kläger eingelegten Rechtsmittels es dahingestellt bleiben kann, ob — wie es seitens der Beklagten geschehen ist — der Endpunkt in entsprechender Anwendung der Vorschrift des § 1308 RVO. zu bestimmen war.

(Amtsbl. d. LVA. Kgr. Sachsen 1918 S. 37.)

Schadenersatzanspruch des mit dem Anspruch auf Invalidenrente Abgewiesenen gegen den Arbeitgeber?

Urteil des **Oberlandesgerichts** in **Hamm** (4./5. Zivilsenat) vom 15. April 1918.

Der am 9. Juli 1893 geborene Kläger trat am 26. Mai 1908 als Lagerarbeiter in den Dienst der beklagten Firma. Am 27. Juli 1913 erlitt er einen Unfall, der ihn angeblich völlig und dauernd erwerbsunfähig machte. Sein Anspruch auf Invalidenrente wurde jedoch von dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz abgelehnt mangels Zurücklegung der erforderlichen Wartezeit von 200 Beitragswochen, da an ihr 26 Beitragswochen fehlten. Tatsächlich haben dem Kläger nur 14 Beitragswochen gefehlt und die vorgeschriebene Wartezeit wäre vollständig zurückgelegt gewesen, wenn die Beiträge vorschriftsmäßig seit dem 16. Lebensjahre des Klägers, also seit dem 9. Juli 1909 und nicht, wie geschehen, erst seit dem 3. Januar 1910 geleistet gewesen wären. Die Schuld hierin mißt der Kläger der Beklagten bei und verlangt deshalb von ihr Schadenersatz in der Form einer monatlichen Rente.

Das Landgericht hat der Klage stattgegeben. Das Oberlandesgericht hat aber, auf Berufung der Beklagten, das Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen aus folgenden G r ü n d e n:

Das Berufungsgericht trägt kein Bedenken, die Frage, ob sich der Kläger für seinen Schadenersatzanspruch gegen die Beklagte auf Abs. 1 oder 2 des § 823 BGB. berufen kann, in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung, insbesondere des Reichsgerichts (vgl. Entsch. in Zivils. Bd. 58 S. 102, Bd. 63 S. 53), zu verneinen. Nicht ausgeschlossen wäre allerdings eine Haftung der Beklagten dem Kläger gegenüber auf Grund unerlaubter Handlung dann, wenn die Beklagte den Beginn der Beschäftigung des Klägers bei ihr der Krankenkasse wissentlich falsch auf den 3. Januar 1910 — statt 9. Juli 1909 als den Tag der Vollendung des 16. Lebensjahres seitens des Klägers — angegeben hätte. Die dahingehende Behauptung des Klägers verdient jedoch ohne weiteres keinen Glauben. Wie in dem Verfahren betreffend das Armenrechtsgesuch des Klägers die Allgemeine Ortskrankenkasse unterm 19. No-

vember 1915 beauskunftet und der Kläger auch nicht bestritten hat, hat die Beklagte den Kläger bei dieser Kasse zur Krankenversicherung bereits am 29. Mai 1908 angemeldet, es wäre also ein aussichtsloses Beginnen der Beklagten gewesen, den Kläger später bei derselben Kasse für die Invalidenversicherung als erst am 3. Januar 1910 in Arbeit getreten anzumelden. Dazu kommt, daß die genannte Kasse weiter erklärt hat, es sei nicht mehr feststellbar, aus welcher Veranlassung die Beiträge zur Invalidenversicherung erst vom Januar 1910 von ihr erhoben worden seien. Diese Erklärung ist ohne weiteres glaubwürdig, da es ja nur zur Entlastung der Kasse hätte dienen können, wenn die Beklagte bei ihr den Kläger erst im Januar 1910 zur Invalidenversicherung angemeldet hätte, und diese Tatsache ohne Mühe festzustellen gewesen wäre.

Hiernach fragt es sich nur, ob der Kläger seinen Anspruch auf den mit der Beklagten geschlossenen Arbeitsvertrag oder einen sonstigen besonderen Vertrag gründen kann. An sich umfaßte der Arbeitsvertrag allein dem Kläger gegenüber nicht die Verpflichtung der Beklagten zur ordnungsmäßigen Beitragsentrichtung. Bei dieser handelt es sich vielmehr nur um eine öffentlich-rechtliche Verpflichtung. Davon macht auch der vorliegende Fall keine Ausnahme. Die gegenteilige Ansicht des Klägers, welche von seiner Jugend zur Zeit seines Diensteintritts der Beklagten ausgeht, ist irrig. Denn es ist nicht anzuerkennen, daß das Arbeitsverhältnis zwischen den Parteien mehr die Natur eines mit einer gewissen Fürsorgepflicht der Beklagten verknüpften lehrvertragsähnlichen Verhältnisses hatte. Der Kläger übersieht ganz, daß er in seinem Vater einen gesetzlichen Vertreter hatte, dessen Sache es war, ihm die erforderliche Fürsorge angedeihen zu lassen. Es bestand nur die Möglichkeit, daß, sei es ausdrücklich, sei es stillschweigend, von den Parteien ein besonderer Vertrag geschlossen wurde, wonach die Beklagte in Erweiterung ihrer sich aus dem Arbeitsvertrage sich ergebenden Pflichten die Sorge für die ordnungsmäßige Beitragsentrichtung für die Invalidenversicherung dem Kläger gegenüber besonders übernahm. Ein solcher Vertrag ist aber nicht nachgewiesen. In dieser Richtung geht der erste Richter von einer irrigen Auffassung der Sachlage aus, wenn er meint, daß die Beklagte selbst eine derartige besondere Vereinbarung zugegeben habe, deren Erfüllung sie der Ortskrankenkasse übertragen haben wolle. Das in erster Instanz vielleicht etwas wenig scharfe Vorbringen der Beklagten ist dabei mißverstanden. Daran kann nach der in zweiter Instanz gegebenen Aufklärung kein Zweifel sein. Hiernach handelt es sich um folgendes: Durch das für den Stadtkreis Essen erlassene Ortsstatut vom 7. November 1905, das am 1. Januar 1906 in Kraft getreten ist, ist bestimmt, daß für diejenigen nach dem Invalidenversicherungsgesetze vom 13. Juli 1899 versicherungspflichtigen Personen, welche — wie der Kläger — einer der im Stadtkreise Essen bestehenden Ortskrankenkasse angehören, die Beiträge abweichend von den Vorschriften des § 141 Abs. 1 des Gesetzes durch die Organe dieser Kasse für Rechnung der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz von den Arbeitgebern einzuziehen sind. Die Organe der Krankenkassen haben die den eingezogenen Beiträgen entsprechenden Marken in die Quittungskarten der Versicherten einzukleben, welch letztere verpflichtet sind, ihre Quittungskarte bei der zuständigen Krankenkasse zu hinterlegen. Die zuständige Krankenkasse hat auch die Ausstellung, den Umtausch und die Erneuerung der Quittungskarten für die ihnen überwiesenen Versicherten zu bewirken und die Versicherten, die eine Quittungskarte nicht besitzen, sind verpflichtet, die zur Ausstellung oder Erneuerung derselben erforderlichen Angaben zu machen.

Nach diesem Ortsstatut, welches als Zwangsvorschrift die Beklagte band, hat die Beklagte ihr Verhalten eingerichtet, nicht aber hat sie von ihr außerhalb des Arbeitsvertrages übernommene Verpflichtungen auf die Ortskrankenkasse übertragen. Dem Kläger war gerichtsseitig aufgegeben, tatsächlich unter Beweisantritt zu begründen, inwiefern etwa bei der Beklagten der Brauch bestand, daß sie hinsichtlich der Invalidenversicherung ihrer Angestellten über die ihr durch das Invalidenversicherungsgesetz und das genannte Essener Ortsstatut auferlegten Verpflichtungen hinaus die Fürsorge übernahm, daß die Angestellten ohne jede eigene Sorge ihrer Ansprüche aus der Invalidenversicherung nicht verlustig gingen, woraus dann auf einen stillschweigend von den Parteien geschlossenen Vertrag hätte geschlossen werden können (vgl. RGer. Zivils. 63 S. 55, 56). In dieser Richtung hat aber der Kläger nur die in seinem Schriftsatz vom 15. Oktober 1917 wiedergegebenen Behauptungen aufstellen können. Von Belang war davon aber lediglich die Behauptung, daß der Inhaber der beklagten Firma dem Kläger bei seinem Eintritt gesagt habe, er brauche sich um die Versicherungen nicht kümmern, das besorge er alles. Daraus wäre eine von der Beklagten dem Kläger gegenüber übernommene, ihrer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung entsprechende privatrechtliche Verpflichtung zu entnehmen gewesen, deren Verletzung die Beklagte dem Kläger schadenersatzpflichtig machte. Der Kläger hat der Beklagten hierüber den Eid zugeschoben, den die Beklagte angenommen hat. Mit Rücksicht auf die seit jener angeblichen Erklärung verflossene lange Zeit war die Leistung des Eides in der Fassung des Abs. 2 des § 459 ZPO. anzuordnen, und zwar gemäß Abs. 2 des § 461 ZPO. durch Beweisbeschluß. Den für ihn normierten Eid hat der Inhaber der Beklagten geleistet und damit die Behauptung des Klägers widerlegt (§ 463 ZPO.).

Fehlt es hiernach dem Schadenersatzanspruche des Klägers an der erforderlichen Grundlage, so stellt sich die Klage als unbegründet dar; sie war daher unter Abänderung des ersten Urteils abzuweisen.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1918 S. 168 ff.)

Nr. 284. **Ein Ewerführervize, der seine Aufträge im Kontor des Betriebs empfängt, aber befugt ist, bei ihrer Ausführung von den erteilten Weisungen im Bedarfsfall abzuweichen, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.**

Nr. 285. Ein Grund zur Wiederaufnahme des Verfahrens kann nicht daraus hergeleitet werden, daß das Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung einen gleichartigen Fall anders beurteilt.

Nr. 286. **Bezirkshebammen sind auch dann nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte (zu vgl. die Entscheidung des Oberschiedsgerichts Nr. 69, AVN. 1916 S. 5 ff.), wenn ihnen vom Kreise ein verhältnismäßig geringfügiges Mindesteinkommen gewährleistet ist oder ein verhältnismäßig geringfügiges Gehalt gewährt wird.**

(„Angestelltenversicherung" 1918 S. 183 ff.)

Nr. 287. **Die Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft mit eingetragener Firma und selbständigen eigenen Geschäftseinrichtungen, welche die Generalagentur einer Versicherungsgesellschaft übernimmt, sich aber hinsichtlich der Einrichtung ihrer Tätigkeit und der Handhabung des Geschäftsbetriebes vollste Freiheit vorbehält, sind auch dann nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, wenn der Firma an Provision und Reingewinn eine Mindesteinnahme von zusammen 8000 M jährlich zugesichert ist.**

Nr. 288. **Als „an sich versicherungspflichtig" im Sinne der Bekanntmachung vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) gilt nicht eine Beschäftigung der im § 1 Abs. 1 Nr. 1, 2, 6 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bezeichneten Art, die nicht im Hauptberuf ausgeübt wird.**

Nr. 289. 1. **Deutsche Schutzgebiete gelten hinsichtlich der Frage der Versicherungspflicht als Ausland.**

2. Amtliche Vertretungen des Reiches oder eines Bundesstaates im Ausland (§ 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) sind nur solche Stellen, welche das Reich oder einen Bundesstaat im Ausland völkerrechtlich zu vertreten haben.

3. Eine Krankenschwester des „Deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien" ist während ihrer Beschäftigung in den deutschen Schutzgebieten nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 290. Als „an sich versicherungspflichtig" im Sinne des § 1 der Bekanntmachung über die Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) sind auch solche Beschäftigungen anzusehen, welche zwar ihrer Art nach unter § 1 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte fallen, aber wegen Vorliegens der besonderen Voraussetzungen des § 9 versicherungsfrei sind.

Nr. 291. Die Revision ist ausgeschlossen bei Ansprüchen berufsunfähiger Kriegsteilnehmer auf Erstattung von Beiträgen gemäß der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 26. Mai 1916 (RGBl. S. 425).

Nr. 292. Der stille Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft, dem Prokura erteilt worden ist, wird dadurch nicht notwendig Angestellter der Gesellschaft.

Nr. 293. Der Inhaber eines Varieté-Theaterunternehmens ist nicht Arbeitgeber der Mitglieder einer geschlossenen Artistentruppe, die in dem Unternehmen auf Grund eines einheitlichen Vertrags gegen eine Gesamtvergütung Vorstellungen veranstaltet.

Nr. 295. Die freiwillige Weiterversicherung nach § 15 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist nach dem endgültigen Erlöschen der Anwartschaft (§§ 49, 50 a. a. O.) unzulässig. — (Vgl. aber jetzt die Bundesratsverordnung vom 28. März 1918 RGBl. S. 167, abgedruckt „Angest.-Vers. 1918 S. 57, ArbVers. 1918 Heft 12 S. 231.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das „Reichsarbeitsamt".

Nur etwa ein Jahr ist vergangen, seit aus dem überreichen Aufgabenkreise des Reichsamts des Innern die im engeren Sinne wirtschaftlichen Aufgaben losgelöst und einem besonderen Reichswirtschaftsamt übertragen worden sind. Aber auch dieser engere Kreis umfaßte noch eine auch von berufenen Politikern schwer zu überschauende Fülle verschiedener Angelegenheiten, und die Entwicklung drängte zu einer abermaligen Teilung, zur Aussonderung der im eigentlichen Sinne sozialpolitischen Angelegenheiten. Durch Kaiserlichen Erlaß vom 4. Oktober 1918 ist bestimmt, „daß die sozialpolitischen Angelegenheiten des Reiches, die bisher zum Geschäfts-

kreis des Reichswirtschaftsamts gehört haben, fortan von einer besonderen, dem Reichskanzler unmittelbar unterstellten Zentralbehörde unter dem Namen „Reichsarbeitsamt" bearbeitet werden". Die erforderliche Verteilung der Geschäfte und Beamten des Reichswirtschaftsamts ist dem Reichskanzler übertragen.

Zum Staatssekretär des Reichsarbeitsamts ist der sozialdemokratische Reichstagsabgeordnete Gustav Bauer ernannt, der sich als Gewerkschaftsführer und Abgeordneter in weiten Kreisen Vertrauen und den Ruf eines unterrichteten, klar blickenden, besonnenen und doch entschlossenen Politikers erworben hat. Seiner harren große und verantwortungsvolle Aufgaben, auch auf dem Gebiete der Arbeiter- und Angestelltenversicherung. Er wird es, bei dem Widerstreit der Interessen, die hier Berücksichtigung heischen, nicht leicht haben, und viel wird davon abhängen, ob es ihm beschieden sein wird, geeignete Berater und Mitarbeiter heranzuziehen. Möge es ihm gelingen!

Das Krankenkassenwesen Groß-Berlins

ist noch eine äußerst vielgestaltige Einrichtung. Alle Arten von Kassen sind noch in ziemlicher Zahl vertreten. Ein Bindeglied bildet zur Zeit die Zentralkommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte. Nach einem soeben erschienenen Bericht derselben gehörten ihr Ende des Jahres 1917 an: 10 Berliner Ortskrankenkassen mit 524 625 Mitgliedern, 24 Betriebskrankenkassen mit 58 275 Mitgliedern, 14 Innungskrankenkassen mit 25 514 Mitgliedern, 10 Vororts-Betriebskrankenkassen mit 5986 Mitgliedern, 2 Landkrankenkassen mit 14 033 Mitgliedern, 19 Vororts-Ortskrankenkassen mit 330 229 Mitgliedern, 10 Vororts-Betriebskrankenkassen mit 2580 Mitgliedern und 16 Ersatzkrankenkassen mit 1972 Mitgliedern. Das sind zusammen 105 Kassen mit 963 214 Mitgliedern. Da in Groß-Berlin 231 beitrittsfähige Krankenkassen vorhanden sind, steht noch ein sehr großer Teil außerhalb der Zentralkommission. Allerdings sind das nur vorwiegend kleine Kassen, denn die Gesamtzahl der Mitglieder der 231 Kassen beträgt nur rund 1¼ Million.

Lange schon drängt sich beteiligten Kreisen die Überzeugung auf, daß in dem Rahmen der Zentralkommission sich nicht alle ins Fach einschlagenden Angelegenheiten zufriedenstellend erledigen lassen. Es wurde deshalb die Gründung eines Berliner Ortskrankenkassenverbandes ins Auge gefaßt und die Vorarbeiten dazu in Angriff genommen. Die Satzung für einen solchen Verband auf Grund des § 406 der Reichsversicherungsordnung ist bereits fertiggestellt und wird den Kassen zur Beschlußfassung unterbreitet werden. Dieser Kassenverband wird eine öffentlich-rechtliche Einrichtung werden, die Verträge mit Ärzten, Arzneimittelhändlern, Krankenhäusern usw. endgültig abschließen, die Kranken nach einheitlichen Grundsätzen überwachen, wirtschaftliche Unternehmungen veranstalten kann. Es steht jetzt schon außer Zweifel, daß der Verband zustande kommen wird.

Die Zentralkommission hat im letzten Jahr viel ersprießliche Arbeit geleistet. Ein besonderes Verdienst ist, daß sie bei der Durchführung der Bundesratsverordnung vom 22. November 1917 es fertigbrachte, daß alle Groß-Berliner Krankenkassen ein einheitliches Lohnstufensystem mit einheitlichen Grundlöhnen einführten. Die Zentralkommission besitzt einige wirtschaftliche Eigenbetriebe, so z. B. eine hydrotherapeutische-medikomechanische Anstalt, in der 57 156 Personen, und ein Röntgeninstitut, in dem 6260 Personen behandelt wurden. Die Gesamtzahl der Patienten ging gegen das Vorjahr 1916 um 2400 zurück. Im Jahre 1917 wurden die Institute erweitert durch Angliederung eines Inhalatoriums und einer Abteilung für Höhensonne und Quarzlichtbestrahlung. Die Zentralkommission besitzt noch eine Verlagsanstalt, in der Verordnungsformulare usw. hergestellt werden. Auf dem Gebiete des Fürsorgewesens sind eine große Menge von Vereinen und Korporationen tätig, denen jeder Zusammenhalt miteinander fehlt. In dem Chaos der Einrichtungen geht jede Übersicht verloren. Die Zentralkommission war auf diesem Gebiete, so gut es ging, ebenfalls tätig. Hygienische Vorträge konnten nur drei gehalten werden gegen 120 im Vorjahr. Die Unterkommissionen für Jugend- und Krüppelfürsorge, für Kinder- und Mutterschutz und für Bekämpfung der Tuberkulose haben eine größere Tätigkeit nicht entfalten können. Umfangreiche Verhandlungen mußten wegen Gewährung allerhand Teuerungszulagen gepflogen werden: mit den Ärzten, dem Verbande der Bureauangestellten, den Badeanstaltsbesitzern usw. Eine Reihe von Verstößen einzelner Apotheker gegen die Vertragsbestimmungen führten zu Verhandlungen vor der Einigungskommission und zu Geldstrafen. Mit den Bandagisten und Optikern fanden die Verhandlungen über Preiserhöhungen kein Ende. Das Ergebnis war bis Ende 1917 eine Steigerung um 100 v. H. Auch die Milchversorgung der erkrankten Mitglieder führte zu häufigen Verhandlungen im Medizinalamt der Stadt Berlin. („Vorwärts.")

Zum Abkommen zwischen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte mit den Krankenkassenverbänden

(zu vgl. ArbVers. 1917 S. 643, auch 1918 S. 477) ist den Hauptverbänden der Krankenkassen folgendes Schreiben des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt vom 17. September 1918 zugegangen:

Fast ein Jahr ist das zwischen der Reichsversicherungsanstalt und den Krankenkassen- und Ersatzkassenverbänden geschlossene Abkommen, das ein engeres Zusammenarbeiten beider Versicherungsträger auf dem Gebiete der Heilfürsorge bezweckt, in Kraft. Die zahlreichen in diesem Jahre eingegangenen Vierteljahrsabrechnungen haben gezeigt, daß sich die Krankenkassen zum Vorteil unserer Versicherten allmählich fast durchweg den getroffenen Vereinbarungen angeschlossen haben. Auch die Reichsversicherungsanstalt ist ihrerseits in den verflossenen Monaten mit Erfolg bemüht gewesen, manche keinem Verbande angehörende Krankenkassen zum Beitritt zu dem Abkommen zu bewegen.

Was die Durchführung des Abkommens angeht, so erscheint es zunächst zweckmäßig, den Krankenkassen zu empfehlen, ihre Mitglieder schon in den Satzungen unter Hinweis auf das bestehende Abkommen darauf aufmerksam zu machen, daß Zahnersatzanträge nicht mehr bei der Reichsversicherungsanstalt, sondern nur bei der Krankenkasse zu stellen sind, der die Bearbeitung dieser Anträge und die Einforderung der Zuschüsse obliegt. Ferner veranlassen uns zahlreiche Anfragen einzelner Krankenkassen, folgende Punkte des Abkommens und die im Anschlusse daran geschaffene Praxis im Interesse seiner einheitlichen Auslegung nochmals besonders hervorzuheben:

1. Nach dem Zahnersatzabkommen liegt die Bearbeitung der Zahnersatzanträge ausschließlich den

Krankenkassen ob. Diese haben demgemäß die Anträge entgegenzunehmen und die Anfertigung des Gebisses zu veranlassen, wobei es ihrem Ermessen anheimgestellt ist, ob sie vorher die Beibringung einer ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit des Gebisses von dem Versicherten fordern wollen oder nicht. Sie haben für die Begleichung der zahnärztlichen Rechnung zu sorgen und dabei insbesondere den Antragsteller zur Zahlung des auf ihn entfallenden Kostenanteils anzuhalten. Auch die etwaige Beteiligung der Landesversicherungsanstalten haben die Krankenkassen festzustellen. Hier sind Einzelanfragen erforderlich, wenn sich die Landesversicherungsanstalten nicht allgemein ebenfalls zur Leistung bestimmter Zuschüsse bereit erklärt haben, wie es bereits mehrfach geschehen ist.

Der Zuschuß der Reichsversicherungsanstalt ist nicht im Einzelfalle, sondern mittels einer Vierteljahrsrechnung einzufordern, für die das bereits bekanntgegebene Muster nach Möglichkeit zu verwenden ist. Vorherige Anfragen bei der Reichsversicherungsanstalt oder vorherige Übersendung von Unterlagen sind grundsätzlich nicht notwendig, sie empfehlen sich nur in Zweifelsfällen. Die Zugehörigkeit des Antragstellers zum Versichertenkreis der Reichsversicherungsanstalt kann von den Krankenkassen durch Prüfung der Versicherungskarte vorläufig festgestellt werden.

2. Zuschüsse werden von der Reichsversicherungsanstalt vereinbarungsgemäß nur für Zahnersatz gewährt, nicht für Zahnbehandlungen. Etwaige Behandlungskosten sind deshalb in den Vierteljahrsrechnungen am besten wegzulassen. Die Zuschüsse der Reichsversicherungsanstalt betragen ein Drittel oder ein Viertel, je nachdem, ob neben der Reichsversicherungsanstalt nur die Krankenkasse oder auch die Landesversicherungsanstalt beteiligt ist. Die Hälfte der Kosten wird nur bei Bedürftigkeit des Antragstellers und nur dann übernommen, wenn die weitere Hälfte von anderer Seite getragen, der Antragsteller also selbst vollständig freigestellt wird. Das Vorliegen der Bedürftigkeit hat die Krankenkasse nach ihrem Ermessen festzustellen, sie wird der Reichsversicherungsanstalt durch eine dahingehende Erklärung der Krankenkasse nachgewiesen.

Ist der Antragsteller ausweislich der Versicherungskarte nach § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von der eigenen Beitragsleistung befreit, so stehen ihm nach § 392 des Gesetzes nur die halben Leistungen des Gesetzes und deshalb auch des Abkommens zu, nämlich nur ein Sechstel, ein Achtel oder ein Viertel der Gesamtkosten.

Die Zuschüsse werden nach dem Abkommen nur zu den Kosten eines *einfachen* Zahnersatzes gewährt. Ihre Höhe wird von den Krankenkassen nach den bei ihr üblichen Sätzen festgestellt und von der Reichsversicherungsanstalt ohne weitere Nachprüfung als für sie maßgebend anerkannt, da es wegen der zahlreichen Vereinbarungen der Krankenkassen mit Zahnärzten usw. nicht zweckmäßig erscheint, allgemeine Einheitssätze festzustellen.

Die Verwendung teurerer Stoffe kann nur zugebilligt werden, wenn eine solche Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen oder wegen besonderer Beschaffenheit des Kiefers der Krankenkasse gegenüber ärztlich für notwendig erklärt wird. Es genügt also z. B. nicht die bloße Mitteilung eines Zahnarztes oder Zahntechnikers, daß einfachere Stoffe nicht haltbar genug und deshalb teurere Stoffe verwendet seien. Die Notwendigkeit der Verwendung besserer Stoffe wird der Reichsversicherungsanstalt gegenüber durch eine entsprechende Erklärung der Krankenkasse nachgewiesen.

3. Die Reichsversicherungsanstalt gewährt Zuschüsse nur zu den Kosten eines *notwendigen* Zahnersatzes. Notwendig scheint ein Ersatz in der Regel nur dann, wenn durch das Fehlen einer größeren Anzahl von Zähnen die Kaufähigkeit erheblich beeinträchtigt wird. Beim Fehlen von ein bis vier nicht nebeneinander liegenden Zähnen wird daher im allgemeinen die Notwendigkeit der Beschaffung von Zahnersatz zu verneinen und die Gewährung eines Zuschusses abzulehnen sein.

4. Zuschüsse zu nötigen *Umarbeitungen* bereits vorhandener künstlicher Gebisse werden in derselben Höhe wie zu Zahnersatzkosten in entsprechender Anwendung des Abkommens grundsätzlich gewährt, sofern nicht der Antragsteller die Umarbeitung vorsätzlich oder fahrlässig verschuldet hat. Eine solche von der Krankenkasse zu prüfende Notwendigkeit wird insbesondere dann vorliegen, wenn durch Veränderung des Kiefers oder des noch vorhandenen Zahnbestandes der frühere Zahnersatz seinen Zweck nicht mehr zu erfüllen vermag und deshalb die Umarbeitung notwendig ist, um die Kaufähigkeit wieder herzustellen. Bei notwendiger Umarbeitung wird zur Kostenersparnis stets darauf zu halten sein, daß noch brauchbare Stoffe wieder verwendet werden.

Die Reichsversicherungsanstalt hat es sich bereits angelegen sein lassen, durch eingehende Beantwortung häufiger Anfragen auf eine dementsprechende einheitliche Auslegung des Abkommens hinzuwirken. Weitere Aufklärungsarbeit erscheint aber nach den bisherigen Erfahrungen geboten. Hierzu könnten die Verbände in hohem Grade beitragen, wenn sie in ihren Verbandsblättern, durch Rundschreiben und auf andere geeignete Weise, neben der Werbearbeit für weitere Beitritte auch für die Verbreitung der vorstehenden Ausführungen Sorge tragen würden. Wir hegen die feste Zuversicht, daß hierdurch unser Zusammenarbeiten mit den Krankenkassen wesentlich gefördert wird.

Das Ende des Hinterbliebenenversicherungsfonds.

Die Reichsschuldenkommission hat dem Reichstag einen Bericht überreicht, nach dem die Gelder des Hinterbliebenenversicherungsfonds *vollständig aufgebraucht* sind. Der Fonds verdankt seine Entstehung den reichbewegten Verhandlungen über das Zolltarifgesetz, die Ende des Jahres 1902 den Reichstag erschütterten. Bereits bei der ersten Lesung des Gesetzes erklärte der Abg. *Herold*: „Wir haben fest und bestimmt erklärt, daß die Mehreinnahmen aus den Agrarzöllen für soziale Zwecke verwendet werden sollen. In erster Linie ist hier die Witwen- und Waisenversorgung in Aussicht genommen.“ Es wurde sodann ein Zentrumsantrag angenommen, nach dem die Mehrerträge von zwölf Positionen des Gesetzes zu dem gedachten Zweck zu verwenden sind. Der Bericht der Kommission sagt, daß die in dem Antrag genannten Artikel durchschnittlich 91 Millionen Mark jährliche Mehreinnahmen an Zöllen bringen würden. Nach den Ausführungen *Trimborns* wäre 1910 ein Fonds da von rund 455 Millionen Mark und die Zinsen, die auf rund 32 Millionen Mark zu veranschlagen seien. Die Zinsen von diesem Vermögen und die weiterlaufenden Zollüberschüsse würden für die Witwen- und Waisenversorgung eine Beihilfe von jährlich 108 Millionen Mark ergeben. Bei den weiteren Beratungen wurden von den Zollüberschüssen für die Witwen und Waisen noch einige Abstriche gemacht,

immerhin sollten, nach einer Berechnung Molkenbuhrs in fünf Jahren einschließlich der Zinsen schon Kapitalien in Höhe von 322 Millionen Mark zur Verfügung stehen. Aus den Zinsen und weiterlaufenden Erträgnissen sollten Beihilfen von jährlich 71 Millionen Mark möglich sein.

Durch Gesetz vom 1. Juni 1909 wurde die Verwaltung dieser Ansammlung für die Witwen und Waisen dem Reichsinvalidenfonds übertragen, weil dadurch am einfachsten für die Anlegung, Sicherstellung und Verwaltung des Fonds gesorgt werden könne, ohne daß besondere Unkosten entstehen. Die obere Leitung stand, soweit dies mit der Selbständigkeit der Verwaltung des Reichsinvalidenfonds vereinbar war, dem Reichskanzler zu, der insbesondere wegen der Auswahl der zu erwerbenden und zu veräußernden Wertpapiere die erforderlichen Anordnungen zu treffen hatte, während die fortlaufende Aufsicht durch die Reichsschuldenkommission ausgeübt wurde. Bundesrat und Reichstag erhielten von allen getroffenen Maßnahmen und von dem Stande des Fonds durch den von der Reichsschuldenkommission alljährlich zu erstattenden Bericht Kenntnis. Nach Art. 3 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 wurde die Verwaltung des Hinterbliebenenversicherungsfonds jedoch dem Reichskanzler (Reichsschatzamt) unter der Aufsicht der Reichsschuldenkommission übertragen. Das voraufgegangene Gesetz vom 1. Juni 1909 trat, soweit es sich auf den Hinterbliebenenfonds bezog, am 1. Oktober 1911 außer Kraft.

Der Fonds wurde zunächst aus Zollerträgnissen des Rechnungsjahres 1909 in Höhe von 42382427 ℳ gebildet und in Wertpapieren angelegt. Seitdem sind dem Fonds Zollüberschüsse überhaupt nicht mehr zugeflossen. In den Rechnungsjahren 1908 bis 1911 erhöhte sich der Fonds nur um den Betrag der Zinsen. Dann aber, und zwar zuerst im Rechnungsjahr 1912, sind die Zinsen nur teilweise dem Fonds überwiesen worden, weil sie zum anderen Teil zu Zuschüssen zu der Hinterbliebenenversicherung verwendet wurden. Vom Jahre 1914 an reichten, weil die Versicherung immer höhere Anforderungen stellte, die Zinseneinnahmen zu den erforderlichen Zuschüssen nicht mehr aus, so daß noch Wertpapiere verkauft werden mußten. Der höchste Bestand des Fonds (Juli 1913 bis Mai 1914) betrug 54 Millionen Mark. Die höchsten Zuschüsse, die beim Kapitel 21 Titel 4 des Haushaltsplans der Allgemeinen Finanzverwaltung vereinnahmt werden, wurden im Jahre 1916 mit 19½ Millionen Mark geleistet. Im Jahre 1917 wurden noch 9½ Millionen Mark Beihilfen geleistet, womit der Fonds aufgebraucht war, so daß zu Beginn des Jahres 1918 irgendein Bestand nicht mehr zu übertragen war. Aus dem Fonds sind der Hinterbliebenenversicherung inzwischen zugeflossen 32 Millionen Mark aus Zinsengewinn und 35 Millionen Mark aus verkauften Papieren. Damit konnte natürlich der erforderliche Reichszuschuß zu den Hinterbliebenenrenten nicht gedeckt werden, es waren vielmehr noch größere Zuschüsse des Reiches aus laufenden Mitteln erforderlich (vgl. Kapitel 21 Titel 4 des Etats der Allgemeinen Finanzverwaltung). Die Geschichte des Fonds zeigt, wie mitunter die Berechnungen der Gesetzgeber nicht stimmen können.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Postvollmacht für den Geschäftsführer der Kasse. — Antrag auf Eröffnung eines Postscheckkontos.

1. **Nach Sch. 7.** Frage: Die Satzung einer Kasse bestimmt, daß ihre gerichtliche und außergerichtliche Vertretung vom Vorsitzenden in Gemeinschaft mit einem zweiten, vom Vorstande zu wählenden Vorstandsmitgliede wahrgenommen wird. Ist der Vorstand befugt, trotz dieser Bestimmung zu beschließen, daß dem Geschäftsführer der Kasse „Postvollmacht" erteilt, das heißt die Ermächtigung gegeben wird, über alle eingehenden Postsendungen rechtsgültig Empfangsbescheinigungen zu erteilen? Eine Vorschrift, daß der Vorsitzende die Kasse in diesem Falle vertritt, und daß er seine Vertretungsmacht auf den Geschäftsführer übertragen kann, enthält die Satzung nicht. — Von wem ist bei dieser Kasse der Antrag beim Postscheckamt auf Eröffnung eine Postscheckkontos zu unterzeichnen?

Antwort: Die erste Frage steht in keinem Zusammenhange mit der erwähnten Bestimmung der Satzung. Die Erteilung der Postvollmacht kann vom Vorstand unbedenklich beschlossen werden (zu vgl. Hahn, Anm. 7 zu § 5 RVO.; auch ArbVers. 1906 S. 651 Ziff. 6); bei der Ausstellung der Vollmacht genügt es dann, daß der Vorsitzende in Gemeinschaft mit dem anderen Vorstandsmitgliede die Kasse vertreten. — Entsprechendes gilt für die zweite Frage. Durch den Antrag auf Eröffnung des Postscheckkontos werden Kassenmittel in gewissem Umfange gebunden. Das muß der Vorstand beschließen, aber zur Unterzeichnung des Antrags, also zur Vertretung gegenüber der Postbehörde, genügt dann die Unterschrift des Vorsitzenden und des anderen Vorstandsmitgliedes.

Kassenzuständigkeit bei ortsstatutarischer Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung.

2. **Nach X.** Antwort: Die Befugnis und Pflicht der Krankenkassen, bei Einführung einer hausgewerblichen Krankenversicherung gemäß § 3 Abs. 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 auch die Kassenzugehörigkeit zu regeln, findet ihre selbstverständliche Begrenzung in gewissen zwingenden Vorschriften, so insbesondere in den allgemeinen Vorschriften der RVO., welche den Wirkungskreis der einzelnen Kassenarten umschreiben (zu vgl. ArbVers. 1918 Heft 14 S. 280 Ziff. 7, auch Heft 19 S. 379 Ziff. 2). Nach § 234

RVO. sind Versicherungspflichtige, die nicht in eine Sonderkasse gehören, Mitglieder der allgemeinen Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse ihres Beschäftigungsorts. Diese Kasse kann also nur Personen umfassen, die in ihrem Bezirke beschäftigt sind oder nach §§ 153 ff. als dort beschäftigt gelten. Hausgewerbtreibende können hiernach und nach der ausdrücklichen besonderen Vorschrift des § 466 nur bei der Kasse versichert sein, in deren Bezirk sie ihre eigene Betriebsstätte haben. Hiervon darf auch das Ortsstatut nicht abweichen. Eine Bestimmung, daß die Hausgewerbtreibenden Mitglieder derjenigen Ortskrankenkasse werden, „der der Betrieb angehört, für dessen Rechnung sie beschäftigt sind", ist daher ungesetzlich und ungültig. Denn sie bedeutet, daß es nur darauf ankommen soll, ob der Auftraggeber seinen Betrieb im Kassenbezirk hat, und daß in diesem Falle alle für ihn arbeitenden Hausgewerbtreibenden, mögen sie noch so weit außerhalb des Kassenbezirks in den verschiedensten Teilen des Reichs ihre Betriebsstätten haben, der für den Betrieb des Auftraggebers zuständigen Kasse angehören sollen. Eine so offenkundig unsachgemäße Regelung ist durch das Gesetz in klarer Weise ausgeschlossen.

Anrechnung von Militärdienstzeiten in der Invaliden- und Angestelltenversicherung.

3. **Nach Goch.** Antwort: Im ersten Punkt halten wir die Auskunft im Heft 28 S. 560 Ziff. 5 aufrecht; zu vgl. auch daselbst S. 559 Ziff. 3. — Im zweiten Punkt ist allerdings übersehen worden, daß es sich um Kriegsdienste handelt, auf welche § 1 der Bek. vom 26. August 1915, ArbVers. 1915 S. 643, Anwendung findet, so daß in der Angestelltenversicherung die Dienstzeiten auch auf die Wartezeiten und bei Berechnung der Versicherungsleistungen als Beitragszeiten angerechnet werden.

Art der Entscheidung bei Streit über Einweisung ins Krankenhaus (§§ 1636, 1661, 1780, 1791 RVO.).

4. **Nach Fr.** Antwort: Wenn der Versicherte der Einweisung ins Krankenhaus keine Folge leistet, sondern Krankengeld verlangt, so ist es ausgeschlossen, hierin eine Beschwerde gegen die Einweisung gemäß § 1791 RVO. zu sehen, über die nach § 1780 im Beschlußverfahren zu entscheiden wäre. Denn die Einweisung ins Krankenhaus ist keine „Entscheidung" des Kassenvorstandes, sondern Stellungnahme zu dem Anspruch auf Kassenleistungen. Das Verlangen nach dem Krankengeld ist auch nicht als Streitfall nach § 1661 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. zu behandeln. Nach dieser Vorschrift entscheidet der Vorsitzende des Versicherungsamts in öffentlicher mündlicher Verhandlung allein über Leistungen der Krankenversicherung, wenn es sich handelt um . . . „Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenhilfe". Das bedeutet, daß im Fall eines Streites darüber, ob die Kasse befugt ist, dem Versicherten statt der Leistungen aus § 182 Krankenhauspflege zu gewähren (ob es z. B. hierzu seiner Zustimmung bedarf oder nicht usw.), die Kasse sowohl wie der Versicherte diese Frage für sich allein dem Vorsitzenden des Versicherungsamts zur Entscheidung unterbreiten können (zu vgl. Hahn, Anm. 3b zu § 184 RVO. und im gleichen Sinne Entsch. des RVA 2320 Amtl. Nachr. 1917 S. 388, ArbVers. 1917 S. 467). Wenn aber der Versicherte sich nicht darauf beschränkt, diese eine Frage der Entscheidung des Versicherungsamts zu unterbreiten, sondern den Antrag stellt, ihm das Krankengeld zuzusprechen, das ihm die Kasse versagt, weil er der Einweisung ins Krankenhaus keine Folge geleistet hat, so betrifft der Streit über die Berechtigung der Kasse zur Einweisung nur eine Vorfrage in dem nach § 1636 zu erledigenden Streit über Leistungen der Krankenversicherung. Die Sache gehört also dann vor den Spruchausschuß, der selbstverständlich auch über jene Vorfrage befindet; doch kann der Vorsitzende eine Vorentscheidung nach § 1657 treffen.

Zur Freiheit von der Invalidenversicherungspflicht nach § 14 Verordg. vom 24. 2. 17 (ArbVers. 1917 S. 177).

5. **Nach B.** Antwort: Entscheidungen, welche die gleiche Rechtsfrage betreffen, sind uns nicht bekannt geworden. Wir halten aber die Auffassung der Landesversicherungsanstalt für ganz zweifelsfrei. Die Bemerkungen bei Kabeling-Müller, Anm. 1 zu § 14 der Verordnung über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten, vom 24. 2. 17, sind der amtlichen Erläuterung entlehnt. Sie besagt ausdrücklich (ArbVers. 1917 S. 331), unter näherer Ausführung, daß die Versicherungsfreiheit nach § 14 nicht Platz greift, „wenn der Beschäftigte bereits während des Krieges oder vor dem Kriege, zufolge der Annahme von Lohnarbeit aus eigenem Entschluß, in die Versicherung eingetreten war, und zwar auch dann, wenn es vermöge eines Beschäftigungsverhältnisses geschah, das nunmehr den Begriff des vaterländischen Hilfsdienstes erfüllt oder erfüllen würde. Die Vorschrift befreit vielmehr nur eine kleinere Anzahl von Personen, die trotz der langen Dauer des Krieges durch wirtschaftliche Verhältnisse allein noch nicht zur Lohnarbeit veranlaßt, sondern erst durch das Hilfsdienstgesetz dazu genötigt worden sind . . ." Das entspricht auch der Fassung des § 14. Denn von einem „Eintritt in den vaterländischen Hilfsdienst" kann nur die Rede sein, wenn die invalidenversicherungspflichtige Beschäftigung erst nach dem Inkrafttreten des Hilfsdienstgesetzes angetreten worden ist. In diesem Sinne hat auch das RVA. die Worte „Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst" im § 16 der Verordnung ausgelegt (Entsch. vom 25. 6. 18, MonSchr. für Arb. u. AngestVers. 1918 Sp. 459; ebenso Herrmann in ArbVers. 1917).

Änderung einer Bestimmung der Dienstordnung über Teuerungszulagen für die Kassenangestellten.

6. **Nach G.** Antwort: Die Bestimmung der Dienstordnung, daß der Vorstand der Kasse den Angestellten Teuerungszulagen „bis zur Höhe der Zulagen für die Staats- und Gemeindebeamten" gewähren kann, ist nicht recht klar. Sie schließt die Auslegung nicht aus, daß es dem Ermessen des Vorstandes im Einzelfall überlassen bleibt, ob und in welcher Höhe (innerhalb der bezeichneten Grenze) der Angestellte eine Zulage erhalten soll. So verstanden, würde die Bestimmung dem § 353 RVO. widerstreiten, wonach die Dienstordnung einen Besoldungsplan, d. h. allgemeingültige, ein Ermessen der Kasse im Einzelfall ausschließende Normen über die Besoldung — wozu auch die Teuerungszulagen gehören — enthalten muß. Indem aber der Vorstand beschloß, „die Angestellten in bezug auf Teuerungszulagen den Staatsbeamten gleichzustellen", hat er von der Ermächtigung

der Dienstordnung im Sinne einer allgemeingültigen, also nach dem Gesetze zulässigen Norm Gebrauch gemacht, und es ist anzunehmen, daß auch das Oberversicherungsamt bei der Genehmigung jener Bestimmung von der gleichen Auffassung ausgegangen ist. Danach kann es nicht verlangen, daß der Vorstand nun nochmals die Genehmigung zu dem erwähnten Beschluß einhole. Anders aber steht es mit dem Verlangen des Oberversicherungsamts, daß jene Bestimmung der Dienstordnung wieder beseitigt werden solle. Das Oberversicherungsamt durfte die Genehmigung versagen, nicht nur wenn die Bestimmung dem Gesetze widersprach, sondern auch wenn ein wichtiger Grund vorlag (§ 355 Abs. 3 Satz 3). Daß es aus solchen Gründen auch nachträglich die Änderung oder Ergänzung der Dienstordnung anordnen kann, ergibt sich aus § 356 Satz 2 RVO., und es kann sich daher nur fragen, ob ein wichtiger Grund hierzu tatsächlich vorliegt. Das Oberversicherungsamt findet ihn darin, daß die Gehaltsstufen der Dienstordnung mit denen der Staatsbeamtengehaltsordnung nicht übereinstimmen, folglich eine richtige Vergleichung der einzelnen Gruppen der Kassenangestellten mit den Gruppen der Staatsbeamten unmöglich oder doch sehr erschwert und deshalb in jedem einzelnen Falle die Nachprüfung, ob die Zuteilung des einzelnen Angestellten zu einer bestimmten Staatsbeamtengruppe richtig sei, dem Oberversicherungsamt vorbehalten werden müsse. Man wird es nicht als verfehlt bezeichnen können, wenn das Oberversicherungsamt das Bedürfnis, hierüber durch eine Änderung der Bestimmung Klarheit zu schaffen, als einen wichtigen Grund für die von ihm getroffene Anordnung ansieht. Mit der bloßen Beseitigung der bisherigen Bestimmung wird es freilich nicht getan sein; die Kasse wird eine sachgemäße Änderung zur Genehmigung unterbreiten müssen. Bemerkt sei, daß davon die bisher bewilligten Zulagen nicht berührt werden.

Ersatzanspruch des Arbeitgebers für Leistungen an den im Ausland erkrankten Versicherten (§§ 221, 222 RVO.).

7. **Nach Duisburg.** Frage: Ein Kassenmitglied erkrankte auf Schiffsreisen in Holland und mußte wegen Typhus dort sofort ins Krankenhaus übergeführt werden. Der Arbeitgeber hatte gemäß § 221 RVO. vorläufig die Kosten übernommen. Diese betrugen 192 Gulden für 64 Pflegetage und für ärztliche Behandlung 127 Gulden. Nachdem wir den Arbeitgeber bereits früher darauf hingewiesen hatten, daß wir demnächst Ersatz leisten würden gemäß § 222 RVO. in Höhe des halben Grundlohnes für Krankengeld und drei Achteln des Grundlohnes als Ersatz für Krankenpflege, zahlten wir am 13. Juni für 64 Tage je 5,25 ℳ (sieben Achtel des Grundlohns) 338 ℳ aus. Nach zwei Monaten erklärt der Arbeitgeber, daß er vollen Ersatz der Kosten verlange. Da der Guldenkurs zur Zeit 2,50 ℳ stand, fordert er noch 475 ℳ. Wir sind der Meinung, daß wir durch die erfolgte Vergütung unserer Pflicht genügt haben, da wir ja Krankenhauspflege zu gewähren nicht verpflichtet sind. Oder müssen wir neben dem Krankengeld, trotz des hohen Guldenkurses, die ganzen Arztkosten statt drei Achtel des Grundlohnes tragen?

Antwort: Nach § 221 RVO. hatte der Arbeitgeber dem Versicherten die ihm bei seiner Kasse zustehenden Leistungen zu gewähren und daher auch das sonst der Kasse zustehende Ermessen auszuüben, ob nach den Umständen des Falles Krankenhauspflege ... und der durch diese Pflege entstandene Kostenaufwand zu übernehmen sei. War daher die Übernahme dieser Kosten durch den Arbeitgeber gerechtfertigt, so hat ihm nach § 222 die Kasse die Kosten voll zu erstatten; der Pauschsatz von drei Achteln des Grundlohnes für Krankenpflege ist hierbei nicht anwendbar. Zu vgl. ArbVers. 1917 S. 72 Ziff. 7.

Der Höchstbetrag für kleinere Heilmittel (§ 193 RVO.) darf auch bei Steigen der Preise nicht überschritten werden.

8. **Nach Bochum.** Frage: Infolge der allgemeinen Teuerung sind die Preise sämtlicher Heilmittel bedeutend gestiegen. Unsere Kasse gewährt satzungsgemäß kleinere Heilmittel bis zum Höchstbetrage von 25 ℳ. Läßt es sich rechtfertigen, den Mitgliedern auch jetzt noch solche kleineren Heilmittel zu gewähren, die früher höchstens 25 ℳ gekostet haben, nunmehr aber bedeutend teurer geworden sind?

Antwort: Wenn die Satzung für kleinere Heilmittel einen Höchstbetrag festsetzt (§ 193 RVO.), so bleibt er maßgebend, mögen auch die Preise steigen, so daß sich tatsächlich der Umfang, in welchem Heilmittel zu gewähren sind, infolge der Teuerung verringert. Hier kann nur eine Satzungsänderung Abhilfe schaffen. Eine solche würde wohl unter den jetzigen außergewöhnlichen Verhältnissen die Zustimmung des Oberversicherungsamtes finden.

Ausschluß der auswärtigen Kassenmitglieder von der Familienunterstützung unzulässig.

9. **O. K. B.** Frage: Kann die Familienversicherung bei Erhebung von Zusatzbeiträgen auf die im Kassenbezirk wohnenden Mitglieder beschränkt werden?

Antwort: Eine derartige Vorschrift würde diejenigen Mitglieder benachteiligen, die nicht im Kassenbezirk wohnen, und somit gegen den Grundsatz der gleichmäßigen Behandlung aller verstoßen. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 2a zu § 204). Daß Zusatzbeiträge erhoben werden, ist für diese Frage ohne Bedeutung.

Ortskrankenkasse oder knappschaftliche Krankenkasse?

10. **Nach Gröba.** Frage: a) Eine Essenbaufirma ist in einem Eisenwerk mit dem Bau von mehreren Essen beschäftigt und hat sämtliche Beschäftigte bei unserer Kasse angemeldet. Um angeblich bei kürzeren oder längeren Arbeitsunterbrechungen das Arbeitspersonal zu erhalten, werden mitunter Leute an das Eisenwerk abgegeben, die dort mit dem Essenbau fremden Arbeiten, wie Aufladen und Transportieren von Eisenstücken u. dgl., beschäftigt werden. Die Essenbaufirma ist angeblich mit diesen Nebenarbeiten vertraglich beauftragt, nimmt die Leute an, bezahlt sie und verrechnet mit dem Eisenwerk. Die Leute des Eisenwerks gehören zur Knappschaftskasse. Ist unsere Ortskrankenkasse für die letztgenannten Arbeiten zuständige Kasse? Im Falle eines Betriebsunfalles würde doch sicherlich auch die Baugewerksberufsgenossenschaft die Zuständigkeit ablehnen. Oder wie kann sich die Kasse vor Ansprüchen auf Leistungen, die durch diese fremden Arbeiten hervorgerufen werden, schützen? (§ 384 RVO.?)

b) Bei einer dieser Arbeit hat sich ein hier angemeldeter Arbeiter durch ein herabfallendes Eisenstück eine Verletzung des Fußes zugezogen und erhielt von uns in Unkenntnis der Ursache Krankenhilfe. Haben wir Anspruch auf Ersatz unserer Aufwendungen an das Eisenwerk?

Antwort: a) Die Allgemeine Ortskrankenkasse des tatsächlichen Beschäftigungsorts (§ 153 Abs. 1 RVO.), also des Eisenwerks, ist im allgemeinen für die dort von der Baufirma beschäftigten Arbeiter zuständig. Ob diejenigen von ihnen, die bei Pausen der Bauarbeit, vorübergehend in den Betrieb des Eisenwerks eingreifen, dadurch Pflichtmitglieder der knappschaftlichen Krankenkasse werden und infolge davon nicht zur Ortskrankenkasse gehören können (§ 225 Abs. 2 RVO.), bestimmt sich nach den landesgesetzlichen Vorschriften und nach der auf Grund dieser Vorschriften errichteten Satzung der knappschaftlichen Krankenkasse. Der § 384 Abs. 1 RVO. ist natürlich anwendbar, wenn seine Voraussetzungen tatsächlich vorliegen.

b) Wenn nach dem vorstehend Bemerkten der Verletzte zur knappschaftlichen Krankenkasse gehörte, so hat die Ortskrankenkasse Anspruch auf Ersatz gegen jene Kasse (§ 224 Ziff. 2, § 500 RVO.). Gehörte der Verletzte zur Ortskrankenkasse, so hat diese einen beschränkten Ersatzanspruch gegen die zuständige Berufsgenossenschaft (§§ 1501 ff.). Worauf ein Anspruch gegen das Eisenwerk sollte gegründet werden können, ist nicht ersichtlich.

Lohnstufe der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten bei der Weiterversicherung.

11. **Nach Kaufbeuren.** Frage: Nach § 6 Abs. 1 Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten (ArbVers. 1917 S. 177) können diese Personen ihre freiwillige Weiterversicherung nach § 313 RVO. entweder bei der Kasse, welcher sie auf Grund der Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst angehörten, betätigen, oder aber bei der früheren Kasse. Es kommt nun vielfach vor, daß diese Leute während ihrer Hilfsdiensttätigkeit höhere Löhne erzielen als zuvor. Können solche früheren Mitglieder sich nur in der Klasse weiterversichern, der sie vor Aufnahme der Hilfsdiensttätigkeit angehört haben, oder ist es statthaft, die Weiterversicherung in der Lohnstufe zu betätigen, die ihrem letzten Arbeitsverdienst entspricht?

Antwort: Die Weiterversicherung schließt sich unmittelbar an die bisherige Pflichtversicherung an, als deren Fortsetzung sie gilt, und zwar auch dann, wenn sie bei der früheren Kasse erfolgt. Auch in diesem Falle bestimmt sich die Lohnstufe nach dem letzten, im Hilfsdienst bezogenen Arbeitsverdienst. Zu vgl. ArbVers. 1918 Heft 25 S. 491.

Kriegswochenhilfe neben Krankenhauspflege.

12. **Nach Lohr a. M.** Frage: Ein weibliches Mitglied unserer Kasse, dessen Mitgliedschaft sich über acht Monate erstreckt, befindet sich seit mehreren Wochen im Krankenhaus und ist dort niedergekommen. Der Vater des außerehelichen Kindes befindet sich im Felde. Wie verhält es sich nun mit den Leistungen der Wochenhilfe (Wochengeld, Entbindungskosten und Stillgeld)? Sind diese in ihrem vollen Umfange (selbstverständlich mit Ausnahme des Wochengeldes) zu zahlen? Die Wöchnerin hätte, wenn sie nicht erkrankt wäre, satzungsmäßigen Anspruch auf 50 ₰ Wochengeld für den Tag. Wie erfolgt die Abrechnung dem Reiche gegenüber, nachdem ja Reichswochenhilfe in Frage kommt?

Antwort: Der Anspruch auf Wochengeld, auch auf Kriegswochengeld, ist für die Zeit der Krankenhauspflege schlechthin ausgeschlossen (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 448, 754). Dagegen ist der Entbindungskostenbeitrag zu zahlen (daselbst S. 766 Ziff. 1, auch Entsch. des RVA. 2367, Amtl. Nachr. 1917 S. 536) und, wenn die Wöchnerin das Kind stillt, selbstverständlich auch das Stillgeld. Wegen dieser beiden Leistungen besteht denn auch ein Erstattungsanspruch an das Reich. Wegen des Wochengeldes kann, da die Kasse ein solches nicht zu zahlen hat, ein Erstattungsanspruch nicht in Frage kommen.

Bei Ersatzansprüchen der Krankenkassen aus der Unfallentschädigung ist zwischen Umfang des Anspruchs und Maß des Zugriffs zu unterscheiden.

13. **Nach Schweidnitz.** Antwort: Der Bescheid der Berufsgenossenschaft ist begründet und steht keineswegs im Widerspruch mit unserer Auskunft im Heft 12 S. 237 Ziff. 4. Dort ist ja ausdrücklich nur dargelegt, daß nach § 1507 RVO. auf rückständige Rentenbeträge „bis zu ihrer vollen Höhe zugegriffen werden kann". Das bedeutet, daß diese Rückstände zur Deckung des Ersatzanspruchs der Kasse in Anspruch genommen werden. Über den Umfang des aus den Rentenrückständen zu deckenden Ersatzanspruchs bestimmt aber nicht der § 1507, sondern der § 1506, und nach Abs. 1 dieser Vorschrift ist der Ersatzanspruch der Kasse immer nur begründet bis zum halben Betrage der Rente für diejenige Zeit, für welche die Ansprüche auf Kassenleistungen und Rente zusammenfallen.

Arbeiten gegen Lohn bei vom Arzt angenommener Arbeitsunfähigkeit.

14. **Nach Templin.** Antwort: Ist ein Versicherter vom Arzt für arbeitsunfähig erklärt worden, so darf er nicht wieder die Arbeit eigenmächtig aufnehmen, ohne daß er gesund geschrieben worden ist. Die Zeit, während deren er trotzdem arbeitet, ist ihm als Unterstützungsdauer anzurechnen. Doch erhält er während ihrer kein Krankengeld, sofern er inzwischen den vollen Lohn verdient (vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 6a zu § 182). Insoweit hat die Kasse recht. Sie übersieht aber, daß Zeiten, in denen kein Krankengeld gezahlt wird, bis zu 13 Wochen in die Unterstützungsdauer nicht eingerechnet werden. (§ 183 Abs. 1 Satz 2 RVO.)

a) Anspruch feindlicher Ausländerinnen auf Kriegswochenhilfe nach § 8 Bek. vom 3. Dezember 1914? b) Orthopädischer Schuh als Heilmittel?

15. **Nach Rheinbach.** Antwort: a) Aus dem in der Auskunft im Jahrg. 1916 S. 672 Ziff. 4 angegebenen Grunde nehmen wir (mit Hahn daselbst S. 795, gegen Spielhagen in Monatsschr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 1917 Sp. 5) an, daß den gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen Anspruch auf die Leistungen aus § 8 der Bek. vom 3. Dezember 1914 selbst dann zusteht, wenn sie einem feindlichen Staate angehören. (Ebenso Krause, Kriegswochenhilfe Bd. 1 Anm. 5 zu § 8.) Hinsichtlich einer Versicherten russisch-polnischer Staatsangehörigkeit kommt hinzu, daß wir das Königreich Polen nicht mehr für feindliches Ausland halten (zu vgl. ArbVers. 1918 Heft 18 S. 353).

b) Die Notwendigkeit, einen orthopädischen Schuh zu tragen, um das Umbiegen des Fußes nach außen zu verhüten, stellt für sich allein nicht eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung dar und gibt dem Schuh nicht den Charakter eines nach § 182 Ziff. 1 RVO. zu gewährenden Heilmittels, sondern es handelt sich um ein Hilfsmittel gegen Verunstaltung

oder Verkrüppelung, welches die Kasse nach näherer Bestimmung des § 187 Ziff. 3 nur zu gewähren hat, wenn die Satzung es vorsieht. Wenn aber der Versicherte beim Mangel dieser Voraussetzung unterläßt, sich den Schuh selbst zu verschaffen, und infolge davon arbeitsunfähig wird, so wird sich die Kasse der Zahlung des Krankengeldes nicht leicht entziehen können, auch wenn die Satzung eine dem § 192 Ziff. 2 entsprechende Bestimmung enthalten sollte. Denn es wird jedenfalls nicht ohne weiteres anzunehmen und schwerlich zu erweisen sein, daß der Versicherte sich die in der Arbeitsunfähigkeit zutage tretende Krankheit „vorsätzlich" zugezogen, d. h. daß er die Beschaffung des Schuhes in der Absicht, zu erkranken, unterlassen habe.

Versicherungsrechtliche Stellung eines Obergärtners in einem Haushalt.

16. Nach Dessau. Frage: Ist der in einem Privathaushalte gegen Monatsgehalt angestellte Obergärtner, dem Anordnung und Aufsicht (es werden ständig 2—3 Personen beschäftigt) obliegt und der selbst mit tätig sein muß, versicherungspflichtig im Sinne der Angestelltenversicherung?

Antwort: Wir möchten die Frage verneinen. Es kann wohl nur in Betracht kommen, ob dieser Obergärtner eine ähnlich gehobene Stellung einnimmt wie ein Betriebsbeamter oder Werkmeister (§ 1 Abs. 1 Ziff. 2 AngestVersGes.). Dies ist nicht anzunehmen. Bei der geringen Zahl der ihm unterstellten Personen dürfte seine handwerkliche Betätigung im Haushalt die anordnende und beaufsichtigende Tätigkeit weitaus überwiegen. Die Sache liegt eben anders als bei dem Obergärtner in einer größeren Obstgärtnerei oder in einem ähnlichen Betriebe (zu vgl. ArbVers. 1911 S. 71 Ziff. 12).

Mittelbares Beschäftigungsverhältnis.

17. Nach Tangermünde. Antwort: Wenn der Magistrat nach den Umständen des Falles damit rechnen mußte, daß die Frau die ihr übertragenen Reinigungsarbeiten nicht ohne Annahme einer Hilfsperson regelmäßig und ordentlich erledigen kann, so steht die von jener Frau angenommene Hilfsperson in einem mittelbaren Beschäftigungsverhältnisse zum Magistrat. In dem für die Frau festgesetzten Monatsgehalt ist dann der Lohn für die Hilfsperson mit enthalten. Diese ist daher als versicherungspflichtig und der Magistrat als ihr Arbeitgeber anzusehen. Zu vgl. über ähnliche Fälle: Heft 26 S. 520 und die dort angeführte Ziff. 14 der Anleitung.

Kostenzuschuß der Krankenkasse zum Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt bei Zahnersatz.

18. Nach B. Frage: Nach einer Satzungsbestimmung gemäß § 193 Abs. 1 RVO. leistet unsere Kasse für größere Heilmittel einen Zuschuß bis zur Höhe von 20 *M*. Die Landesversicherungsanstalt macht nun, wie aus beigegebenen Vordrucken ersichtlich ist, die Gewährung eines Kostenzuschusses für Zahnersatz davon abhängig, daß die Krankenkasse ein Drittel der Kosten übernimmt. Im allgemeinen zahlen die Kassen auch dieses Drittel ohne Rücksicht auf die Höhe der Kosten sowohl als auch auf die Satzungsvorschrift. Wir halten dies für unzulässig. Halten Sie eine derartige Regelung für angängig?

Antwort: Sie gehen von der irrigen Annahme aus, daß es sich um die Gewährung eines Heilmittels handelt. Ein solches stellt der Zahnersatz nur ausnahmsweise dar. Hier handelt es sich um Heilverfahren, das ärztliche Behandlung in Verbindung mit der Beschaffung des Zahnersatzes erfordert. Für die ärztliche Behandlung hat die Krankenkasse ohne Begrenzung durch einen Höchstbetrag aufzukommen. Da sich aber die Kosten der einen und der anderen Leistung nicht genau bestimmen und sondern lassen, pflegen sich die beteiligten Versicherungsträger über eine angemessene Teilung der Gesamtkosten zu verständigen. Gegen die Zulässigkeit solcher Vereinbarungen bestehen keine Bedenken. Zu vgl. ArbVers. 1917 S. 472, 643 und 1918 S. 119 Ziff. 9.

Verfahren bei hartnäckiger Pflichtversäumung von Mitgliedern des Kassenausschusses.

19. Nach Stolp. Antwort: Den Mitgliedern des Ausschusses gegenüber hat weder der Vorsitzende des Kassenvorstandes noch der Vorsitzende des Ausschusses eine dem § 19 RVO. entsprechende Strafbefugnis. In besonders schweren Fällen aber, z. B. wenn ein Ausschußmitglied hartnäckig ohne entschuldigende Gründe Sitzung auf Sitzung versäumt und dadurch die Beschlußfähigkeit des Ausschusses bewußt vereitelt oder gefährdet, wird man seine „Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung" für ausgeschlossen halten müssen, so daß seine Amtsenthebung durch das Versicherungsamt nach § 24 RVO. geboten sein wird.

Wer trägt die Kosten des zur Aufnahme ins Krankenhaus erforderlichen ärztlichen Zeugnisses?

20. Nach U. Antwort: Die Krankenkasse hat die Kosten des amtsärztlichen Zeugnisses, dessen es zur Aufnahme des Versicherten in die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt bedurft hat, nur dann zu tragen, wenn sie selbst auf Grund des § 184 RVO. sich für Krankenhauspflege entschieden hat. Ist diese aber vom Armenverbande gewährt worden, so ist durch den von der Kasse nach §§ 1531—1533 (§ 1503) RVO. geleisteten Ersatz auch der Aufwand für das ärztliche Zeugnis mit abgegolten.

Zur Invalidenversicherungsfreiheit feindlicher Ausländer.

21. Nach Oldenburg. Antwort: Feindliche Ausländer sind nicht schon deshalb als unfrei anzusehen und von der Invalidenversicherung ausgeschlossen, weil sie hier irgendwelchen Beschränkungen seitens der Militär- oder Zivilbehörden unterworfen sind. Es kommt vielmehr immer auf das Maß der ihnen verbliebenen Bewegungs- und Handlungsfreiheit, also immer auf eine Prüfung der besonderen Beschränkungen an. Darauf beruht es, daß die im Inlande zurückgehaltenen russisch-polnischen Zeitarbeiter für nicht versicherungspflichtig erachtet worden sind. Sonstige Angehörige feindlicher Staaten, die sich beim Kriegsausbruch in Deutschland befanden und etwa ähnlichen Beschränkungen wie die russisch-polnischen Zeitarbeiter unterworfen sind, werden daher, wie diese, der Versicherungspflicht nicht unterliegen (zu vgl. Monatsbl. f. Arb.-Versichg. 1918 S. 35 ff.). Das ist allerdings in dem Aufsatz im „Versicherungsboten" (1918 S. 153) nicht klar zum Ausdruck gekommen, hat aber von dem Verfasser wohl nicht bestritten werden wollen.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1226 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 11. November 1918. Heft 32

Invalidenversicherung und Bevölkerungspolitik.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

Seit über vier Jahren fordert der Krieg tagaus, tagein die schwersten blutigen Opfer. Durch die notwendigen Einschränkungen in der Ernährung steigt auch daheim die Zahl der Todesfälle bei vielen Krankheiten, besonders bei Tuberkulose. Dabei zeigt die Geburtenziffer einen geradezu beängstigenden Rückgang. Die Notwendigkeit, an den Wiederaufbau der Bevölkerung zu denken, drängt sich gebieterisch auf. Es gilt, wie man mit einem weniger schönen Wort es ausgedrückt hat, jetzt mehr denn je Menschenökonomie zu treiben. Bevölkerungspolitik, d. h. Vermehrung und Erhaltung unserer Bevölkerung, ist mit Recht die Losung des Tages geworden. Das Problem ist nicht gerade neu; schon lange zeigt die Geburtenziffer eine stark fallende Tendenz. Nur durch die Abnahme der Sterblichkeit ist hier einigermaßen ein Ausgleich geschaffen worden, so daß wir bis in das letzte Jahr vor dem Kriegsausbruch noch eine genügende Bevölkerungszunahme aufzuweisen hatten. Durch den Krieg erst ist diese Frage dringlicher geworden, ist sie erst in das grelle Licht der Tagesfragen gerückt. Was die Lösung dieses Problems so schwer macht, ist die Tatsache, daß für den Geburtenrückgang nicht eine einzige Ursache verantwortlich zu machen ist, sondern daß eine Reihe von Umständen hier mitsprechen, und zwar solche ethischer, sozialer, wirtschaftlicher und hygienischer Art. Demgemäß gibt es nicht ein einziges Heilmittel dagegen; sondern nur das Zusammenwirken einer Reihe von verschiedenen Maßnahmen kann hier die notwendige Besserung bringen.

Während man es in der Fach- und Tagespresse ebenso wie in den verschiedenen Parlamenten an theoretischen Erörterungen nicht fehlen ließ, haben die Träger der Invalidenversicherung begonnen, neue praktische Arbeit auf diesem Gebiete zu leisten. Daß unsere soziale Gesetzgebung durch einen Ausbau den Zwecken der Bevölkerungspolitik in besonderer Weise nutzbar gemacht werden kann, ist ja den Lesern dieser Zeitschrift durch manchen Aufsatz aus fachkundiger Feder und durch manchen Versammlungs- und Literaturbericht bekannt geworden. Was schon unter dem gegenwärtigen Rechtszustande von den Trägern der Invalidenversicherung auf dem Gebiete der Bevölkerungspolitik geleistet wird, soll im folgenden dargestellt werden.

Streng genommen, steht die ganze Invalidenversicherung, ebenso wie die übrigen Zweige der Sozialversicherung, im Zeichen der Bevölkerungspolitik. Wenn den Versicherten für die wirtschaftlichen Schäden, die ihnen durch Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter erwachsen, ein Ausgleich in Geld gewährt wird, wenn ihre Witwen und Waisen Renten erhalten, wenn die Ver-

sicherten in bestimmtem Umfang der Krankheitsbehandlung teilhaftig werden, so sind dies letzten Endes alles Maßnahmen der Bevölkerungspolitik. Sie treffen zwar immer nur den einzelnen Versicherten; aber bei dem großen Umfang, in dem die Versicherungsleistungen gewährt werden, ist die Wirkung auf die Gesamtheit der Bevölkerung von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Das gilt für die Pflichtleistungen so gut wie für die freiwilligen Leistungen. Mag es sich um Kuren in Heilstätten oder Badeorten oder um Bewilligung von Zahnersatz, Prothesen und dergleichen handeln, immer ist das Ziel die Erhaltung oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, also eine Aufgabe der Bevölkerungspolitik.

Von besonderem Werte für die Bevölkerungspolitik sind die Leistungen gemäß § 1274 RVO., die „allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung" zum Gegenstande haben. Hier handelt es sich nicht mehr um Zuwendungen an den einzelnen Versicherten auf Grund seiner Beiträge, sondern hier werden Aufwendungen gemacht, um ganze Bevölkerungskreise nicht bloß in ihrer Arbeitsfähigkeit, sondern auch sonst in ihrem Gesundheitszustande zu heben oder zu festigen. Freilich macht der Gesetzgeber hier eine Einschränkung: Nicht der ganzen Bevölkerung schlechthin sollen die Aufwendungen zugute kommen, sondern, soweit es sich um Erhaltung der Erwerbsfähigkeit handelt, nur den Versicherten selbst, im übrigen der versicherungspflichtigen Bevölkerung. Zu der letzteren rechnet man alle diejenigen Personen, die wirtschaftlich und sozial den Versicherten gleichstehen, also in erster Linie die Angehörigen der Versicherten. In der Praxis hat diese Beschränkung der sonst so wohltätigen Vorschrift des § 1274 keine besondere Bedeutung erlangt. Will man beispielsweise die Geschlechtskrankheiten bekämpfen, so darf man sich nicht auf die versicherungspflichtige Bevölkerung beschränken, sondern man muß auch die Förderung von Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter den anderen Bevölkerungskreisen sich angelegen sein lassen. Es würden sonst immer neue Ansteckungsquellen für die versicherte Bevölkerung in jenen anderen Kreisen vorhanden sein.

Der § 1274 gab die Möglichkeit, in weitestem Maße Bevölkerungspolitik zu treiben. Alle Wohlfahrtsbestrebungen bevölkerungspolitischer Art, z. B. Schwangeren-, Wöchnerinnen-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge fallen hierunter. Auch die Wohnungsfürsorge ist hier zu nennen. Ihre Förderung ist zwar in erster Linie durch Hergabe von Hypotheken an Private, öffentliche Verbände, Baugenossenschaften gemeinnütziger Art usw., also im Wege der Vermögensanlegung geschehen. Aber auch im Rahmen des § 1274 durch Beteiligung mit Kapital an Gesellschaften zur Errichtung von billigen und gesunden Arbeiterwohnungen ist das für die Bevölkerungspolitik so wichtige Wohnungswesen gefördert worden. Alle Möglichkeiten, auf Grund des § 1274 Bevölkerungspolitik zu treiben, sind damit sicherlich nicht erschöpft. Die Vielgestaltigkeit des praktischen Lebens läßt erwarten, daß sich hier immer neue Anwendungsmöglichkeiten für § 1274 ergeben werden.

Die oben erwähnten neuen Maßnahmen bevölkerungspolitischer Art fallen beide unter § 1274. Zunächst die Errichtung der Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Die Entstehungsgeschichte dieser Einrichtung darf als bekannt vorausgesetzt werden, ebenso wie ihre Aufgaben. Die Beratungsstellen haben bisher eine erfreuliche Entwicklung genommen. Über hundert bestehen bereits im Deutschen Reiche; die Errichtung weiterer wird sicherlich nicht auf sich warten lassen, so daß allmählich das ganze Reichsgebiet gewissermaßen mit einem Netz solcher Beratungsstellen überzogen wird. Die heilsamen Folgen für die Bevölkerungspolitik werden hoffentlich nicht ausbleiben. Der innere Zusammenhang zwischen Geburtenrückgang und Ge-

schlechtskrankheiten kann keinem Zweifel unterliegen. Mit Recht weist die Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der zur Zeit noch dem Reichstage vorliegt, auf diesen Umstand hin. Nach einer Schätzung der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" ist im Jahre 1913 der jährliche Geburtenausfall allein durch frühere Trippererkrankungen im Deutschen Reich auf hunderttausend Kinder zu veranschlagen.

Es läßt sich annehmen, daß der Wirkungskreis der Beratungsstellen sich im Laufe der Zeit immer mehr erweitern wird. Hoffentlich gelingt es auch, die Beratungsstellen bei der Bekämpfung der Prostitution nutzbar zu machen. Ohne Eindämmung der Prostitution kann der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kein nachhaltiger Erfolg beschieden sein. Daß nur mit polizeilichen Maßnahmen die Prostitution, diese Pestbeule am sozialen Körper, nicht beseitigt werden kann, darüber lassen die bisherigen Erfahrungen keinen Zweifel.

Auch bei der im rassehygienischen Interesse immer dringlicher erhobenen Forderung der ärztlichen Gesundheitszeugnisse vor Eingehung einer Ehe werden die Beratungsstellen mitzuwirken haben. Das gleiche gilt für die Aufklärung weitester Kreise der Bevölkerung über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten. Naturgemäß suchen die Beratungsstellen in der Regel nur diejenigen auf, die schon geschlechtskrank sind. Es gehört durchaus in den Rahmen der Aufgaben der Beratungsstellen, unter Hinweis auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten vor dem außerehelichen Geschlechtsverkehr zu warnen. Der Satz: vorbeugen ist besser als heilen, gilt auch hier. Derartige Warnungen sind bisher schon an vielen Orten teils durch öffentliche Vorträge, teils durch Verteilung populärer Schriften erfolgt.

Die andere bevölkerungspolitische Maßregel, von der oben die Rede war, betrifft die **Kinderfürsorge**. Die von der Reichsversicherungsordnung geschaffenen Kinderzuschüsse zu den Invalidenrenten (§ 1291) weisen mehr den Weg, auf dem der Gesetzgeber künftig wird weiterschreiten müssen, um die Invalidenversicherung für die Bevölkerungspolitik dienstbar zu machen, als daß sie jetzt schon einen merkenswerten Einfluß auf die Zunahme der Bevölkerung haben können. Ich kann mir wenigstens nicht vorstellen, daß der „Wille zum Kinde" durch das Bewußtsein, einst im Falle der Invalidität für jedes Kind eine Erhöhung der Invalidenrente um ein Zehntel zu erhalten, erheblich gestärkt werden wird. Selbstverständlich ist dem invaliden Familienvater auch eine geringfügige wirtschaftliche Erleichterung stets willkommen.

Ungleich wichtiger für die Bevölkerungspolitik ist die Vorschrift des § 1277 Abs. 1 RVO. Danach kann der Vorstand der Versicherungsanstalt durch die Satzung ermächtigt werden, Kinder, für die Waisenrente gezahlt wird, in einem Waisenhaus oder einer ähnlichen Anstalt unterzubringen und dazu die Rente ganz oder teilweise zu verwenden. Es steht also im Belieben des Versicherungsträgers, ob er diese Ermächtigung in die Satzung aufnehmen will, und wenn dies geschehen ist, bleibt es dem Vorstand überlassen, ob er von dieser Befugnis Gebrauch machen will. Bisher haben nur einige Versicherungsanstalten sich die Unterbringung von waisenrentenberechtigten Kindern angelegen sein lassen. Die Praxis hat dabei dahin geführt, die Worte „Waisenhaus oder einer ähnlichen Anstalt" nicht zu eng auszulegen, sondern auch die Unterbringung in Familienpflege darunter zu verstehen.

Zweifellos ist es für die Erziehung und berufliche Ausbildung ebenso wie für die gesundheitliche Entwicklung der Waisenkinder von höchster Bedeutung, wenn sie seitens der Versicherungsanstalt in angemessener Weise untergebracht werden. Man darf aber nicht vergessen, daß leider diese Unterbringungsmöglichkeit erst beginnt, wenn der Vater oder bei vaterlosen Kindern die Mutter verstorben ist. Bis dahin versagt die Vorschrift des § 1277; und doch ist gerade die Zeit, wo Vater oder Mutter noch leben, für das Schick-

sal dieser Kinder oft entscheidend. Nehmen wir an, wie das so häufig der Fall ist, daß ein längeres Siechtum dem Tode des Vaters oder der Mutter vorangeht, dann verschlechtert sich während dieser Zeit naturgemäß die wirtschaftliche Lage der Familie erheblich. Das bleibt nicht ohne Rückwirkung auf die Ernährung und damit auf die Entwicklung der Kinder. Noch trüber gestalten sich die Verhältnisse der Kinder, wenn sie bei den engen Wohnungsverhältnissen der Gefahr der Ansteckung ausgesetzt sind. Das ist gerade bei der Tuberkulose oft der Fall. Der häufig langsame Verlauf der Tuberkulose bringt es mit sich, daß der Kranke durch seinen bazillenhaltigen Auswurf lange Zeit hindurch ein gefährlicher Ansteckungsherd für die in engster Gemeinschaft mit ihm lebenden Angehörigen ist. Gerade schlechtgenährte Kinder sind dieser häufig über Jahr und Tag sich erstreckenden Ansteckungsgefahr gegenüber nicht widerstandsfähig genug, und die Folge ist, daß das Kind den Keim zur künftigen Entwicklung der Tuberkulose in sich aufnimmt. Hier mußte der Hebel angesetzt werden, und dies geschah dadurch, daß zunächst alle Bestrebungen, die darauf hinauslaufen, die körperliche Widerstandsfähigkeit der Kinder zu stärken, energische Unterstützung durch die Versicherungsanstalten erfuhren. Es ist kein Wort darüber zu verlieren, daß diese Bestrebungen gerade in der Kriegszeit mit ihren Folgeerscheinungen hinsichtlich der Ernährung besondere Förderung verdienten. Es sei hier nur an die Frage der Versendung von Stadtkindern aufs Land erinnert, die ja auch aus der Erkenntnis hervorging, daß für den jungen Nachwuchs in den Städten unbedingt etwas geschehen müsse, um ihn vor schwerer Gesundheitsschädigung zu bewahren.

Mit dieser allgemeinen Fürsorge für die Kinder haben sich die Versicherungsträger nicht begnügt, sie haben auch den oben dargelegten Verhältnissen der tuberkulosebedrohten Kinder Rechnung getragen. Zunächst hat man ihre gesundheitliche Entwicklung überwacht, um rechtzeitig durch Kuren in Heilstätten oder Luftkur- und Badeorten einzugreifen. Sodann hat man versucht, sie möglichst lange aus der Familie zu entfernen, möglichst bis der kranke Elternteil gestorben oder eine wesentliche Besserung eingetreten ist. Die Entfernung der Kinder war vielfach leichter zu erreichen als die des tuberkulösen Kranken selbst, dessen Isolierung natürlich das beste Mittel gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit wäre. Einige Versicherungsanstalten haben in ihren eigenen Heilstätten Betten für Kinder zur Verfügung gestellt.

Die rechtliche Grundlage für diese Maßnahmen ist wieder § 1274 RVO. Man kann es offen aussprechen, daß die praktische Entwicklung hier — nicht zum ersten Male bei der Sozialversicherung — der gesetzlichen Normierung vorausgeeilt ist.

Die Eltern bringen der neuen Fürsorge fast ausnahmslos großes Verständnis entgegen. Nach den Erfahrungen der Landesversicherungsanstalt Berlin hat es sich durchaus bewährt, daß die Unterbringung der Kinder in Heilstätten, Kurorten oder auf dem Lande nicht völlig kostenlos erfolgte, sondern daß von den Eltern je nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen ein Zuschuß gefordert wurde. Da, wo die wirtschaftlichen Verhältnisse eine Zuzahlung nicht möglich machten, mußten natürlich die gesamten Kosten übernommen werden. Durch die eigene Zuzahlung, sei es auch häufig nur ein Betrag von 10 *M* oder noch weniger, wird zweifellos das Interesse der Eltern an diesen Maßnahmen wesentlich gestärkt.

Um einen Anhalt dafür zu geben, welche erheblichen Summen die geschilderten Maßnahmen zugunsten der Kinderfürsorge erfordern, mögen im Anschluß an diese allgemeinen Bemerkungen die Aufwendungen der Landesversicherungsanstalt Berlin für diesen Zweig sozialer Wohlfahrtspflege mitgeteilt werden. Von dieser Versicherungsanstalt sind als Zuschüsse an Vereine usw., die Kinderfürsorge treiben, in den Jahren 1915 bis 1918 insgesamt 94 000 *M* gezahlt worden. Dazu treten für die beiden Jahre 1917 und

1918 zusammen 75 000 *M* an den Kriegsausschuß zum Schutze aufsichtsloser Kinder, der sich die Aufgabe gestellt hat, durch Förderung des Hort- und Heimwesens die Kinder vor den Gefahren der Aufsichtslosigkeit zu schützen, während die Mutter außerhalb des Hauses arbeitet. Für die Verschickung der Stadtkinder aufs Land wurden in den beiden Jahren 1917 und 1918 je 150 000 *M*, zusammen also 300 000 *M*, und für die Unterbringung von tuberkulosen oder tuberkulosebedrohten Kindern im Jahre 1916 30 000 *M*, 1917 40 000 *M* und 1918 75 000 *M*, insgesamt in den drei Jahren also 145 000 *M* zur Verfügung gestellt. Die Ausgaben für die gesamte Kinderfürsorge belaufen sich demnach bei der Versicherungsanstalt Berlin in den vier Kriegsjahren 1915 bis 1918 auf 614 000 *M*. Dazu kommen noch die Kosten für die Unterbringung von 70 Kindern in einem besonderen Pavillon in der Heilstätte Beelitz seit Ende Januar 1918. Es handelt sich also um nicht unerhebliche Summen, die diese neuen bevölkerungspolitischen Bestrebungen bei einem einzelnen Versicherungsträger bisher schon erfordert haben, der allerdings die Besonderheit hat, daß er sich nur über das Gebiet einer einzigen Stadt erstreckt.

Noch haben sich nicht alle Landesversicherungsanstalten zu dieser neuen Fürsorgearbeit entschlossen. Aber die Zahl derjenigen, die sich der Kinderfürsorge widmen, wächst dauernd. Ein verheißungsvoller Anfang ist gemacht, ein zielbewußtes energisches Weiterschreiten auf dieser Bahn wird sicherlich die heilsamsten Folgen für unseren jungen Nachwuchs zeitigen.

Gilt § 1598 RVO. auch für das erweiterte Einspruchsverfahren? Die Berufsgenossenschaften und das Einspruchsverfahren.

Von Regierungsrat Heine, stellvertr. Vorsitzenden des Versicherungsamts Hamburg.

In der das Verfahren bei der Vorbereitung von Invalidenrentenanträgen betreffenden Grundsätzlichen Entscheidung 2456 (Amtl. Nachr. 1918 S. 346) hat das Reichsversicherungsamt aus Gründen, denen man nur zustimmen kann, ausgesprochen, daß der Vorschlag des Versicherungsamts, den Rentenbewerber nochmals ärztlich untersuchen zu lassen, kein Gutachten im Sinne des § 1623 Abs. 1 RVO. ist, wo es heißt: „Das Gutachten hat sich über alles auszusprechen, was nach Ansicht des Versicherungsamts für die Entschließung des Versicherungsträgers von Bedeutung ist.“ Hiermit stimmt wörtlich überein die Bestimmung des § 1605 Abs. 1, die für das Einspruchsverfahren bei Änderung von Dauerrenten gilt. Man mag von allem Hin und Her der Kommissionsberatungen über das unglückliche Gebilde des Einspruchsverfahrens absehen: Sicher ist, daß die Bestimmung des § 1605 Abs. 1 der des § 1623 Abs. 1 nachgebildet wurde, und die wörtliche Übereinstimmung beider zwingt dazu, beide gleich auszulegen und anzuwenden. Gleichwohl tut das Reichsversicherungsamt das insofern nicht, als es den Versicherungsämtern auch im erweiterten Einspruchsverfahren nach §§ 1600 ff., also wenn es sich um Änderung von Dauerrenten handelt, die Einholung ärztlicher Gutachten, abgesehen von den Fällen der §§ 1595 und 1596, nur in der durch § 1598 vorgesehenen Beschränkung, also nur dann zugesteht, wenn die Gutachten leicht zu beschaffen sind und keine erheblichen Kosten verursachen (vgl. die Grundsätzl. Entsch. 2735 und 2815); umständlichere, mit einer Beobachtung im Krankenhause verbundene Begutachtungen und sogenannte Obergutachten werden als mit den Zwecken des Einspruchsverfahrens nicht vereinbar abgelehnt.

Wäre diese Rechtsprechung richtig, so

würde das Versicherungsamt in einzelnen Fällen zur Durchführung seiner Aufgabe einfach außerstande sein, denn bisweilen sind, wenn ein Gutachten, wie es das Reichsversicherungsamt im Falle des § 1623 fordert und wie es dann auch im Falle des § 1605 gefordert werden muß, ärztliche Begutachtungen nach Beobachtung oder Obergutachten nicht zu entbehren. Insoweit wird man also der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts nicht folgen können, die übrigens auch gar nicht durch das Gesetz geboten erscheint: § 1598 ist nämlich auf das erweiterte Einspruchsverfahren nicht anwendbar. Er gilt lediglich für das einfache Verfahren, also wenn es sich um vorläufige Renten handelt, und da ist die durch ihn vorgesehene Beschränkung in den Ermittelungen und damit in den ärztlichen Begutachtungen auch durchaus gerechtfertigt; im einfachen Einspruchsverfahren ist das Versicherungsamt ja überhaupt nicht zu einer gutachtlichen Äußerung verpflichtet, sondern nur dazu berechtigt, und wenn es von dieser Berechtigung Gebrauch machen will, so „kann" es hierzu Ermittelungen anstellen. Diese Ermittelungen aber hat der Gesetzgeber aus guten Gründen nur beschränkt zugelassen, denn, wenn es sich um vorläufige Renten handelt, bleiben den Parteien noch 2 Instanzen, Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt, und somit besteht genügende Gewähr für eine erschöpfende Klarstellung des Falles, auch hinsichtlich seiner ärztlichen Beurteilung. Ganz anders aber liegen die Verhältnisse bei der Änderung von Dauerrenten, denn dann ist regelmäßig das Oberversicherungsamt letzte Instanz, und eben mit Rücksicht darauf hat man für diese Fälle das Einspruchsverfahren erweitert. Es wird unter Hinzuziehung von Beisitzern zu einer mündlichen Verhandlung durchgeführt, und das Versicherungsamt ist zu einer Äußerung nicht nur berechtigt, sondern wird ausdrücklich dazu verpflichtet. Dabei ist sehr bemerkenswert der Unterschied im Wortlaut des Gesetzes, das im § 1598 sagt: „So kann es (das Versicherungsamt) sich auch zur Sache äußern", während es im § 1605 heißt: „Das Versicherungsamt erstattet ein Gutachten in der Sache", worauf dann in wörtlicher Übereinstimmung mit § 1623 näher dargelegt wird, was das Gutachten enthalten soll; also hier wird etwas fest Bestimmtes, ein Gutachten, gefordert, dort aber eine ganz unbestimmt gelassene Äußerung anheimgestellt. Der Unterschied ist zu auffällig, um übersehen werden zu können, und es findet sich auch noch etwas ganz Entsprechendes in dem Vergleich zwischen § 1598 und § 1602: dort heißt es, das Versicherungsamt kann hierzu, d. h. wenn es sich äußern will, Ermittelungen anstellen, während der fürs erweiterte Verfahren geltende § 1602 besagt: „Nach Abschluß der Ermittelungen", also offenbar davon ausgeht, daß das Versicherungsamt Ermittelungen, wenn sie zum Gutachten erforderlich sind, auch anzustellen hat. Ohne sie ist ja ein abschließendes Gutachten gar nicht möglich.

Das Reichsversicherungsamt schafft also nur einen unlöslichen Widerspruch, wenn es dem Versicherungsamt, von dem doch stets ein abschließendes Gutachten verlangt wird, gleichwohl unter Umständen die Beschaffung der dazu unentbehrlichen Unterlagen auf Grund § 1598 beschränken will. Dieser Widerspruch ist auch nicht etwa im Gesetz begründet, sondern das Reichsversicherungsamt wendet nur zu Unrecht den § 1598 auch auf das erweiterte Einspruchsverfahren an. Nach § 1600 gelten nämlich für das erweiterte Verfahren die §§ 1591 bis 1599 nur, soweit die §§ 1601 bis 1605 nichts anderes vorschreiben, und deren Vorschriften schließen, wie oben dargelegt worden ist, die gleichzeitige Anwendbarkeit des § 1598 aus: er ist zugeschnitten auf eine Äußerung, die aber auch in jeder Beziehung ins Belieben des Versicherungsamts gestellt ist, das sie gar nicht abzugeben braucht, wenn es sich aber doch äußert, nicht zu einer die Sache erschöpfenden Äußerung gehalten ist, und paßt somit überhaupt nicht auf die Fälle, in denen das Versicherungsamt verpflichtet ist, sich zu äußern und mit seiner Äußerung die Sache

zu erschöpfen, denn eine solche Äußerung verlangt unter Umständen unbeschränkte Ermittelungen.

Dieses Ergebnis wird wohl Widerspruch finden in den Kreisen der Berufsgenossenschaften, die ohnehin nicht damit einverstanden sind, daß das Einspruchsverfahren den Versicherungsämtern einen Einfluß auf die Rentenfestsetzung verschafft hat. Dieser Einfluß ist aber recht unbedeutend, und die Erfahrung erweist leider immer noch eine sehr starke Neigung der Berufsgenossenschaften, ihn durch Nichtbeachtung ihnen ungünstiger gutachtlicher Äußerungen ganz auszuschalten. Wie weit sie darin gehen, zeigt folgender Fall: Ein Arbeiter erleidet einen Betriebsunfall, muß von der Arbeitsstätte nach Haus gefahren werden und bleibt 26 Wochen, meistens bettlägerig, in ärztlicher Behandlung; Unfallrente, um die er sich freilich aus Unkenntnis nicht gleich bemüht hat, wird ihm, obwohl der Arzt völlige Erwerbsunfähigkeit als Unfallfolge feststellt, versagt, da sein Leiden Folge eines vor 3 Jahren erlittenen Fußbruches sei. Das Versicherungsamt weist nach, daß dieser Bruch, was auch in den Akten stand, 36 Jahre zurücklag, und ermittelt, daß der Mann daran ganze 2 oder 3 Wochen krank war und dann 36 Jahre bis zu seinem neuen Unfall gearbeitet hatte. Darauf leistet sich die Genossenschaft, nachdem sie im Entwurf des Bescheides die Zahl 3 in 36 geändert hatte, im abweisenden Endbescheid die Bemerkung, das Einspruchsverfahren habe „keinen Anhalt" zu einer anderen Beurteilung gegeben. Es liegt mir gewiß fern, zu verallgemeinern, aber ein so unglaublicher Fall ist doch auch bezeichnend, und ähnliche, wenn auch nicht so krasse Fälle sind, wie gesagt, nicht vereinzelt. Sie sollten überhaupt nicht vorkommen und würden vermieden werden, wenn das Versicherungsamt im Einspruchsverfahren die Berufsgenossenschaften oder Sektionen mehr hinzuziehen könnte, als es jetzt gesetzlich möglich ist. Die persönliche Fühlungnahme mit den Vertretern der Versicherungsträger hat in Hamburg unbestreitbar die schönsten Erfolge gezeitigt. Von den Vorsitzenden oder Geschäftsführern hiesiger Sektionen sind mehrere dankenswerter Weise der Anregung des Verfassers gefolgt, zweifelhafte Fälle mit ihm außerhalb des Verfahrens zu besprechen oder sich die Verletzten zur Besprechung kommen zu lassen und, statt nur auf Grund der Akten, auf Grund des persönlichen Eindrucks den Fall zu regeln, und dieses Verfahren hat sich durchaus bewährt. Die Neuregelung des Einspruchsverfahrens, das in seiner jetzigen Unvollkommenheit nicht weiter bestehen kann, wird besonders darauf zu sehen haben, daß Vertreter der Versicherungsträger in weit größerem Umfange als jetzt zur Vernehmung und zur Verhandlung hinzugezogen werden können, und ebenso Vertreter der Versicherten; eine mündliche Aussprache bietet viel größere Gewähr für eine beide Teile befriedigende Regelung der Fälle als das jetzige Verfahren, und das über den Parteien stehende Versicherungsamt wird schon dafür sorgen, daß die Versicherten oder deren Vertreter keine überspannten Ansprüche stellen, andererseits aber auch dafür, daß die Versicherungsträger die Ansprüche eingehend prüfen. Eine Häufung von Gutachten ist dabei keineswegs zu besorgen, was schon das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung 2815 hervorgehoben hat, und hinzukommt, daß eine Aussprache gute Gelegenheit für einen Vergleich bietet, der bei der nun einmal fast immer eines festen Maßstabes entbehrenden Beurteilung der dem Verletzten verbliebenen Erwerbsfähigkeit von gar nicht zu unterschätzender Bedeutung ist, insofern er erfahrungsgemäß sehr oft eine beide Teile befriedigende Regelung des Falles ermöglicht.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 9 der **Amtl. Nachr.** vom 15. September 1918.)

I. Unfallversicherung.

Erstreckt sich die Versicherung gemäß § 546 RVO. auf häusliche und andere Dienste, so ist der hierbei erzielte Entgelt bei Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen (2999 S. 447).

Die während des Krieges errichteten Ersatzfutterfabriken sind, soweit sie noch keiner Berufsgenossenschaft angehören, der Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft zugewiesen (3000 S. 448).

Abgabe einer Sache an das Reichsversicherungsamt nach § 1799 RVO. kann beim Mangel eines der dort bezeichneten Gründe nicht damit begründet werden, daß das Reichsversicherungsamt durch eine Bestimmung allgemeiner Art der Entscheidung des Oberversicherungsamts schon vorgegriffen habe, wenn nach dieser Bestimmung das Oberversicherungsamt noch den Einzelfall zu prüfen und danach zu befinden hat (3001 S. 448).

Die versicherungsrechtliche Stellung der Kriegsgefangenen (insbesondere aus der Ukraine) ändert sich durch den Friedensschluß bis zu ihrer Auslieferung nicht (Besch. 3002 S. 449).

Zur Förderung der berufsgenossenschaftlichen Fürsorge für die Unfallverletzten während der gesetzlichen Wartezeit ist dahin zu wirken, daß die Träger der Unfallversicherung von der Befugnis zur Übernahme des Heilverfahrens nach §§ 580, 916, 1513 RVO. möglichst weitgehend und rechtzeitig Gebrauch machen (Mitt. 3003 S. 449).

Unfallrenten dürfen auch an solche Italiener nicht weitergezahlt werden, die früher in Deutschland gearbeitet haben und sich jetzt im besetzten Gebiet Italiens aufhalten (Mitt. 3004 S. 450).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Eine Telegraphenanwärterin ist während der Teilnahme an einem Kursus zur Erlernung des Fernsprechdienstes nicht als „Lehrling" anzusehen (2480 S. 453).

Trotz Herabsetzung der Altersgrenze auf 65 Jahre beträgt die Wartezeit für die Altersrente nach § 1278 Ziff. 2 RVO. nach wie vor 1200 Beitragswochen (2481 S. 454).

Bei Verschollenheit ist der festgestellte Todestag der maßgebende Zeitpunkt für die Erfüllung der Wartezeit, die zur Begründung der Hinterbliebenenansprüche nachzuweisen ist (2482 S. 455).

Die Rente ruht nach § 1312 Abs. 1 RVO. auch dann, wenn der Berechtigte mehrere Freiheitsstrafen, die nur zusammen einen Monat übersteigen, unmittelbar nacheinander verbüßt (2483 S. 455).

§ 16 der Verordg. über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten v. 21. 2. 17 (RGBl. S. 171, ArbVers. S. 177) gilt nur für die unter dem Einfluß des Hilfsdienstgesetzes eingegangenen Beschäftigungsverhältnisse (2484 S. 456).

Einem Armenverbande, dem die Invalidenrente eines Rentenempfängers überwiesen ist, steht die Rentenzulage nicht zu (2485 S. 457).

Einer Gemeinde, die einem trunksüchtigen Rentenempfänger Sachleistungen nach § 120 Abs. 2 RVO. gewährt, steht die Rentenzulage nicht zu, gleichviel in welcher Weise ihm die Sachleistungen gewährt werden (2486 S. 457).

Der Anspruch auf die Rentenzulage geht mit dem Rentenanspruch auf die Erben über (2487 S. 458).

Die Rentenzulage wird nicht gewährt, wenn der Zeitraum eines Monats beim Rentenbezuge nicht erfüllt ist (2488 S. 458).

B. Allgemeines.

Unterbrechung der Verjährung von Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften der RVO.

Entscheidung des Gemeinschaftlichen **Oberversicherungsamts in Gotha** vom 17. Mai 1918.

Mit Strafverfügung vom 6. 7. 17 hat das Versicherungsamt nach § 530 RVO. gegen C. W. eine Ordnungsstrafe von drei Mark wegen unterlassener rechtzeitiger Anmeldung von Lohnerhöhung zur Krankenkasse festgesetzt. Erst nachträglich ist das Erforderliche wegen der Anmeldung veranlaßt worden. Verjährung der Strafverfolgung tritt nach § 147 RVO. nach Ablauf von 3 Monaten ein. Dieser Zeitraum war auf alle Fälle verstrichen, als die Sitzung der Beschlußkammer v. 17. 5. 18 stattfand. Es war seit dem 18. 8. 17, an welchem Tage der letzte Eingang eingelaufen war, bis zu der genannten Sitzung der Beschlußkammer keine Handlung vorgenommen worden, die geeignet war, die Verjährung zu unterbrechen. Die angefochtene Strafverfügung

muß daher wegen Verjährung der Strafverfolgung aufgehoben werden.

Anmerkung: Die Entscheidung des Oberversicherungsamts steht im Widerspruch mit der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts v. 24. 1. 14, Nr. 1813, Amtl. Nachr. 1914 S. 386. Dort ist ausgeführt: Für das gerichtliche Strafverfahren sei es allerdings anerkannt, daß auch noch im Laufe des Rechtsmittelverfahrens durch Verjährung der Strafverfolgung die sachliche Nachprüfung der Vorentscheidung unmöglich werden könne. Der Anwendung dieses Grundsatzes auf das Strafrecht der Versicherungsträger ständen aber erhebliche Bedenken entgegen. Die Beschwerdeinstanz könne nur unter erheblichen Einschränkungen als eine „zur Verhängung der Strafe zuständige" Stelle (im Sinne des § 147 RVO.) angesehen werden, und es erscheine daher bedenklich, anzunehmen, daß sie berufen sein solle, von drei zu drei Monaten für die Unterbrechung der Verjährung Sorge zu tragen; und anderseits müsse es als ausgeschlossen gelten, daß etwa der Vorstand noch während des Beschwerdeverfahrens die zur Unterbrechung des Verfahrens geeigneten Handlungen vornehme . . . Diese grundsätzliche Entscheidung, die eine Beschwerde in einer Invalidenversicherungssache nach §§ 1488, 1500 RVO. betraf, ist dem Oberversicherungsamt offenbar entgangen, da es sie nicht einmal erwähnt. Hätte es sich bewußt mit ihr in Widerspruch setzen wollen, so hätte es nicht selbst entscheiden dürfen, sondern die Sache nach §§ 1799, 1693 an das Reichsversicherungsamt abgeben müssen zur grundsätzlichen Entscheidung der Frage, ob der gleiche Grundsatz auch für eine Beschwerde in einer Krankenversicherungssache nach § 530 gelten solle.

Versicherungspflicht einer Haustochter, die nebenher Lohnarbeit gegen geringen Lohn verrichtet.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Arnsberg** vom 13. Mai 1918.

Unbestritten steht fest, daß die K. seit 1. Dezember 1914 von dem Sparkassenrendanten G. in K. täglich an etwa drei Stunden als Aufwartemädchen beschäftigt wird und als Entgelt für ihre Tätigkeit einen Barlohn von 10 *M* monatlich und täglich ein Frühstück im Werte von 20 *Pf*, jährlich also im ganzen 192 *M* erhält. G. sieht die K. nicht als berufsmäßige Lohnarbeiterin an, hält ihre Beschäftigung nur für eine nebenher und gegen geringfügiges Entgelt geleistete Tätigkeit und ist der Ansicht, daß die K. deshalb gemäß Bundesratsbeschluß vom 27. Dezember 1899 (RGBl. S. 725) versicherungsfrei sei. Die Landesversicherungsanstalt hält hingegen die K. für eine berufsmäßige Lohnarbeiterin, weshalb auf sie der erwähnte Bundesratsbeschluß, der sich nur auf nicht berufsmäßige Lohnarbeiter beziehe, keine Anwendung finden könne. Aber selbst wenn die Genannte nicht als berufsmäßige Lohnarbeiterin anzusehen wäre, würde die Versicherungsfreiheit nach dem erwähnten Bundesratsbeschluß nicht in Betracht kommen, da die Beschäftigung der K. nicht als eine nur nebenher und gegen geringfügiges Entgelt ausgeübte Tätigkeit bezeichnet werden könne. Das OVA. hat die Überzeugung gewonnen, daß die K. als berufsmäßige Arbeiterin anzusehen ist. Sie hat zwar seit Dezember 1914 außer der bei dem Sparkassenrendanten G. nur stundenweise verrichteten Tätigkeit eine andere gewinnbringende Tätigkeit nicht ausgeübt, sondern sich nur im Haushalt ihrer Eltern betätigt. Würde diese Tätigkeit bei den Eltern lediglich eine auf dem familienhaften Gemeinschaftsleben beruhende Hilfeleistung sein, so würde die K. allerdings nicht unter den Begriff der berufsmäßigen Lohnarbeiterin fallen. Die eigene Angabe der K. sowie die gesamten Verhältnisse der K. sprechen indessen überzeugend für die Annahme, daß sie ihren Eltern durch ihre Tätigkeit eine fremde Arbeitskraft ersetzt. Sie hat bekundet, daß sie wegen der großen Arbeitslast, die im Hause ihrer Eltern auf ihren Schultern ruhe, ihren Eltern unentbehrlich sei, und daß ihre Mutter, wenn sie nicht die Stütze ihrer Tochter hätte, auf eine fremde Hilfskraft angewiesen wäre. Diese Behauptung erscheint nach den von der K. geschilderten Familienverhältnissen durchaus erklärlich. Die Familie K. besteht aus sieben Personen, unter denen sich noch drei schulpflichtige Kinder befinden. Der Vater geht auf die Fabrik und kann sich wenig um die Hauswirtschaft und die Landwirtschaft, die aus 20 Ar Feld und 10 Ar Wiese besteht, kümmern. Daß bei einer solchen zahlreichen Familie, zumal wenn sie noch etwas Landwirtschaft treibt, die Mutter nicht allein alle Arbeiten verrichten kann, bedarf keiner näheren Ausführung. Wenn die K. im Hause ihrer Eltern entbehrlich wäre, so würde sie zweifellos ihre Außenarbeit nicht auf wenige Stunden täglich beschränken, sondern sie würde sich eine Arbeit suchen, die den ganzen Arbeitstag beanspruchen und einen ausreichenden Lohn einbringen würde, mit dem sie zu dem Familienunterhalt wirksam beisteuern könnte. Hierzu würde sie nach der ganzen wirtschaftlichen Lage der Eltern, die in ärmlichen Verhältnissen leben, genötigt sein. Tatsächlich hat die K. in früheren Jahren, wie die Quittungskarten aus den Jahren 1911 und 1912 beweisen, eine Lohnstellung als Dienstmädchen außerhalb des elterlichen Hauses bekleidet. Der von der Ehefrau N., der Mutter der K., abgegebenen Erklärung, daß sie ohne Hilfskraft ihren Haushalt versehen könne, war angesichts der gesamten Sachlage, welche diese Behauptung in keiner Weise stützt, eine ausschlaggebende Bedeutung nicht beizumessen. Ist hiernach die K. als berufsmäßige Lohnarbeiterin anzusehen, so ist die Anwendung des Bundesratsbeschlusses vom 27. Dezember 1899, der sich, wie die Beklagte mit Recht hervorhebt, nur auf nicht berufsmäßige Lohnarbeiter bezieht, ausgeschlossen und bedarf daher die Frage, ob die Tätigkeit der K. bei G. nur nebenher oder gegen geringfügiges Entgelt ausgeübt wird, keiner näheren Erörterung. Immerhin aber möchte das OVA. kurz betonen, daß

bei den ärmlichen Verhältnissen der Familie K. der Verdienst der Tochter H. nicht als geringfügig erscheint und zweifellos einen nicht unwesentlichen Zuschuß zu den Kosten der Lebenshaltung der Familie K. darstellt. Die Versicherungspflicht würde also selbst dann zu bejahen sein, wenn die K. nicht als berufsmäßige Lohnarbeiterin anzusehen wäre.

(Breithaupt.)

C. Zur Krankenversicherung.

Kein Hausgeld bei Überweisung an ein Genesungsheim.

Urteil des **Oberversicherungsamts Leipzig** vom 6. September 1918.

Der Kläger hat bis 16. Oktober 1916 in versicherungspflichtiger Beschäftigung gestanden, seine freiwillige Weiterversicherung erklärt und ist alsdann zum Heeresdienste einberufen worden, den er bis zum Januar 1917 ausgeübt hat. Am 11. Januar 1917 ist er erwerbsunfähig erkrankt und hat bis zum 29. Juli 1917 von der beklagten Ortskrankenkasse wegen Arbeitsunfähigkeit Krankengeld bezogen. Vom 30. Juli 1917 ist er mit seinem Einverständnis der Heimstätte Naunhof zur Erholung überwiesen worden, wo er bis zum 25. August 1917 verblieben ist.

Für die Zeit seines Aufenthaltes in der Heimstätte hat er Hausgeld für seine Ehefrau beansprucht. Das Versicherungsamt hat dem Anspruch stattgegeben; das Oberversicherungsamt hat aber diese Entscheidung auf Berufung der Kasse aufgehoben und die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Spruchkammer steht ebenfalls auf dem Standpunkte, daß als „Arbeitsverdienst" begrifflich nur der durch Arbeit verdiente Lohn zu verstehen ist und daß demselben früherer Arbeitsverdienst oder sonstige Ersparnisse nicht gleichzustellen sind. Durch die Einberufung zum Heere war es daher dem Kläger unmöglich geworden, bis zu seiner Erkrankung einen Arbeitsverdienst zu erzielen, so daß das Wort „bisher" des § 186 RVO. im vorliegenden Falle keine Anwendung finden kann, somit zunächst die erste Voraussetzung dieser Bestimmung für die Gewährung des Hausgeldes an seine Angehörigen entfällt.

Die andere Voraussetzung für die Gewährung von Hausgeld nach § 186 der RVO. ist aber die, daß „Krankenhauspflege" einem Versicherten gewährt sein muß. Es steht nun aber fest, daß der Kläger in der Zeit vom 30. Juli bis 25. August 1917 nicht Krankenhauspflege im Sinne dieser Bestimmung genossen hat, sondern in einem Genesungsheime, nämlich der Heimstätte Naunhof aufhältlich gewesen ist. Die entscheidende Spruchkammer ist in dieser Hinsicht der Meinung, daß bei Unterbringung von Versicherten in Genesungsheimen oder in Heimstätten, sofern diese nicht ohne weiteres als Krankenanstalt zur Gewährung von Kur und Verpflegung in Frage kommen, ein Hausgeld nach § 186 nicht zu zahlen ist, denn zur Kur gehören begrifflich ärztliche Behandlung und alle notwendigen Heilmittel und zur Verpflegung gehört die Bestreitung aller persönlichen Lebensbedürfnisse des Kranken im Krankenhause, wie Unterkunft, Wartung, Krankenkost einschließlich der gebotenen Stärkungsmittel, auch Anstaltskleidung, Wäsche, Bäder u. dgl. In Genesungsheimen findet in der Regel ärztliche Behandlung nicht statt, auch werden dort nicht alle Lebensbedürfnisse bestritten, denn Genesende sind Personen, die krank waren und sich noch in einem Zustande örtlicher Schwäche und allgemeiner Empfindlichkeit gegen äußere Einflüsse befinden, der nach Behandlung der eigentlichen Krankheit den Übergang zur vollständigen Genesung zu bilden pflegt. Genesungsheime können daher nur als Krankenanstalten oder ähnliche Anstalten angesehen werden, wenn in ihnen ein planmäßiges Heilverfahren stattfindet. Ist das nicht der Fall, so liegt keine Krankenanstalt im Sinne des § 186 vor und begründet auch keinen Anspruch auf Angehörigenunterstützung (zu vgl. auch Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 3a zu § 187 RVO., Entsch. des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 27. Dezember 1912, Arb.-Vers. 50 S. 539). Da sonach die Heimstätte Naunhof, in der der Arzt zur Überwachung der Untergebrachten wöchentlich nur einmal erscheint, und in der nicht alle persönlichen Lebensbedürfnisse gegeben werden, keine Krankenanstalt darstellt, in welcher Kur und Verpflegung gewährt wird, so war aus diesem Grunde der Anspruch auf Hausgeld unerfüllbar.

Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen.

Verordnung des **Herzogl. S. Staatsministeriums in Gotha** vom 8. August 1918.

Auf Grund der §§ 363 Abs. 2 und 413 Abs. 2 RVO. wird für das Gebiet der Herzogtümer Sachsen-Coburg und Gotha folgendes bestimmt:

§ 1. Den Krankenkassen (RVO. § 225) wird die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen der Kassenvereinigungen (RVO. § 414) hierdurch unter den nachstehenden Voraussetzungen gestattet:

1. Die Versammlungen dürfen nur den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen.

a) Zu Versammlungen von Kassenvereinigungen, die sich über den Bezirk einer Landesversicherungsanstalt hinaus erstrecken, dürfen Kassen mit mehr als 5000 Mitgliedern zwei, mit 5000 oder weniger Mitgliedern einen Vertreter entsenden.

b) Zu Versammlungen von Kassenvereinigungen, die sich nicht über den Bezirk einer Landesversicherungsanstalt hinaus erstrecken, dürfen Kassen mit mehr als 5000 Mitgliedern drei, mit 5000 oder weniger Mitgliedern zwei Vertreter entsenden.

Als Vertreter darf nur abgeordnet werden, wer die Mehrheit der Stimmen aus der Gruppe sowohl der Arbeitgeber als auch der Versicherten im Vorstand erhält.

3. Als Entschädigung für den Besuch von Versammlungen erhalten die Vertreter die ihnen in ihrer Eigenschaft als Mitglieder der Organe oder als Angestellte der Kasse zustehenden Bezüge.

4. Die Krankenkassen haben dem Versicherungsamt von der Entsendung der Vertreter vorher unter Beifügung der Einladungen und Angabe der Beratungsgegenstände Anzeige zu erstatten.

§ 2. Das Oberversicherungsamt kann den Kassenverbänden (RVO. § 406) die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen der Kassenvereinigungen, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen, gestatten, wenn mehr als die Hälfte der dem Kassenverband ausgeschlossenen Krankenkassen zugleich auch Mitglieder der Kassenvereinigung sind. Bei Bemessung der Zahl der Vertreter ist unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen in § 1 Ziff. 2 Abs. 1 die Zahl der Mitglieder der dem Verband ausgeschlossenen Krankenkassen zu berücksichtigen.

§ 3. Die Verwendung von Kassenmitteln der Krankenkassen und Kassenverbände zum Besuche von anderen als vorstehend bezeichneten Versammlungen bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamtes.

§ 4. Zur Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen außerhalb des Deutschen Reiches ist unsere Genehmigung erforderlich.

§ 5. Auf Betriebskrankenkassen des Reiches und des Staates finden diese Bestimmungen keine Anwendung.

D. Zur Unfallversicherung.

Eine „Fettstelle" kein wirtschaftlicher Betrieb im Sinne des § 537 Ziff. 11 RVO.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 9. Oktober 1918 (I B. U. 56/18).

Die Fettstelle G. B. ist durch Anordnung der Landeszentralbehörden als Kommunalverband zum Zwecke der Regelung der Milchversorgung errichtet. Sie hat die Milchversorgung nicht in der Weise geregelt, daß sie selbst die gesamte Milch erwirbt und weiterveräußert, sondern die Heranschaffung erfolgt wie früher durch die Milchpächter. Die Fettstelle überwacht den Zugang der Milch und ihre Verwendung und setzt die Preisspanne für Groß- und Kleinhandel fest, während ihre eigenen Kosten von den einzelnen angeschlossenen Gemeinden im Umlageverfahren aufgebracht werden. Zur statistischen Erfassung der ankommenden Milch sowie zur näheren Feststellung und Verteilung der Milchvorräte sind im Dienste der Fettstelle auf den Bahnhöfen Kontrollbeamte, Verteiler und Probenehmer beschäftigt.

Die Landwirtschaftsberufsgenossenschaft beansprucht die Versicherung dieser Personen gegen Unfall und hat die Fettstelle als einen Betrieb zur Behandlung und Handhabung von Ware gemäß Nr. 11 des § 537 RVO. in das Betriebsverzeichnis eingetragen. Hiergegen hat die Fettstelle Beschwerde erhoben, die vom Oberversicherungsamt für begründet erachtet worden ist aus folgenden G r ü n d e n:

Nach § 537 Nr. 11 RVO. unterliegen Betriebe zur Behandlung und Handhabung von Ware der Versicherungspflicht, wenn sie mit einem kaufmännischen Unternehmen verbunden sind, das über den Umfang des Kleinbetriebes hinausgeht. Im vorliegenden Falle handelt es sich nach Ansicht des Oberversicherungsamts weder um einen Betrieb zur Behandlung und Handhabung von Ware, noch um ein kaufmännisches Unternehmen, mit dem dieser Betrieb in Verbindung stände. Die Tätigkeit der Fettstelle stellt keinen Inbegriff fortdauernder **w i r t s c h a f t l i c h e r** Verrichtungen dar, mithin auch keinen Betrieb im versicherungsrechtlichen Sinne (vgl. **M o e s l e - R a b e l i n g**, Anm. 4 zu § 537). Vielmehr handelt es sich hier, wie die Beschwerdeführerin zutreffend ausführt, um eine beaufsichtigende Tätigkeit des von anderen Personen betriebenen Verkehrs mit Milch. Wenn hierbei auch durch die Angestellten der Beschwerdeführerin eine Behandlung und Handhabung der Ware stattfindet, so ist gleichwohl die Beschwerdeführerin nicht Unternehmerin eines Betriebes zur Behandlung und Handhabung von Ware. Die Tätigkeit der Beschwerdeführerin kann daher versicherungsrechtlich als ein kriegswirtschaftlicher Betrieb, wie etwa die von den Städten eingerichteten Lebensmittelverkaufsstellen oder wie der Hilfsverein Deutscher Frauen E. V., der die Zeitschrift „Weltkrieg" herausgibt und verteilt, nicht angesehen werden, und die im Dienste der Fettstelle tätigen Personen unterliegen ebensowenig der Versicherungspflicht, wie etwa die von Kommunalbehörden angestellten Beamten, denen die Aufgaben der Nahrungsmittel- oder der Verkehrspolizei obliegen.

Eine natürliche Folge dieser Art der Tätigkeit der Beschwerdeführerin ist es, daß sie nicht mit einem kaufmännischen Unternehmen verbunden ist, auch wenn als kaufmännisches Unternehmen im Sinne des Gesetzes jeder nach kaufmännischen Regeln eingerichtete und geleitete Betrieb zu gelten hat, wie in der Entsch. 2975, Amtl. Nachr. 1917 S. 624, ausgeführt ist. Mit Recht macht die Beschwerdeführerin geltend, daß bei der Regelung des Milchverbrauches, wie es tatsächlich stattfindet, eine kaufmännische Buchführung nach kaufmännischen Regeln nicht erforderlich und sogar nicht durchführbar ist, weil mangels einer Ware kein Warenkonto geführt werden kann.

Voraussetzung des Anspruchs eines unehelichen Kindes auf Hinterbliebenenrente beim Tode der Mutter.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 12. April 1918 (2997, Amtl. Nachr. 1918 S. 405).

Die gesetzliche Unterlage für den Anspruch gibt der § 591 RVO. Dieser besagt, daß die Vorschriften

für die Rente der Kinder auch gelten für Kinder einer weiblichen Person, die nicht Ehefrau ist. Die fraglichen Vorschriften sind enthalten im § 588 RVO. und beziehen sich auf Renten der Kinder männlicher Verstorbener. § 588 gibt solchen Kindern einen Rentenanspruch in Höhe von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes, schränkt jedoch den Anspruch eines unehelichen Kindes dahin ein, daß er ihn nur anerkennt, „soweit der Verstorbene dem Kinde nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat". Diese Einschränkung fällt indessen für das uneheliche Kind in seinem Verhältnis gegenüber der Mutter weg. Denn nach § 1705 Bürgerl. Gesetzb. hat das uneheliche Kind gegenüber der Mutter die rechtliche Stellung eines ehelichen Kindes und beerbt demgemäß nach § 1924 daselbst auch seine Mutter in gleicher Weise wie die ehelichen Kinder (zu vgl. Kommentar der Reichsgerichtsräte zum Bürgerl. Gesetzb. 2. Aufl. Anm. 2 zum § 1924). Eine unterschiedliche Behandlung des unehelichen Kindes findet also, soweit die Mutter in Frage kommt, nach allgemeinem bürgerlichen Recht nicht statt. Schon deswegen hätte, wenn diese einschränkende Bestimmung, welche der § 588 RVO. für das uneheliche Kind gegenüber dem Vater gibt, entsprechend auch für den Anspruch im Verhältnis zu der Mutter gelten sollte, dies im § 591 daselbst ausdrücklich gesagt sein müssen. Das ist aber absichtlich nicht geschehen. Denn der § 591 geht zurück auf die Vorschrift des § 16 Abs. 4 GewUnfVersGes., welche bereits den Kindern einer alleinstehenden (auch unverheirateten) weiblichen Person einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente ohne jede Einschränkung gab, indem er vorschrieb, daß die Bestimmungen über die Renten der Kinder auch Anwendung finden sollten, wenn der Unfall eine alleinstehende weibliche Person betroffen habe und diese mit Hinterlassung von Kindern versterbe. Zu Unrecht will ferner die beklagte Berufsgenossenschaft die Vorschrift des § 592 RVO., wonach bei Tötung einer Ehefrau den Hinterbliebenen Renten nur „für die Dauer der Bedürftigkeit" zu gewähren seien, auf den vorliegenden Fall anwenden. Denn der § 592 handelt seinem klaren Wortlaut nach nur von den Hinterbliebenen einer Ehefrau und kann schon deshalb auf die Hinterbliebenen einer weiblichen Person, die nicht Ehefrau gewesen ist, nicht Anwendung finden. Richtig ist — woraus das Oberversicherungsamt einen Grund für seine abweichende Meinung herleiten will —, daß bei der vorerörterten Auslegung des § 591 RVO. ein uneheliches Kind in die Lage kommen könnte, eine zweifache Hinterbliebenenrente zu beziehen, nämlich eine solche aus Anlaß des tödlichen Unfalls der Mutter und, sofern die Voraussetzung des § 588 gegeben ist, auch eine solche aus Anlaß eines tödlichen Unfalls des natürlichen Vaters. Abgesehen davon, daß der Gesetzgeber diese entfernte Möglichkeit unberücksichtigt gelassen hat, kann sie aber auch nicht ohne weiteres als unbillig bezeichnet werden. Denn die Hinterbliebenenrente nach dem natürlichen Vater, wenn sie überhaupt nach dem Gesetze begründet ist, bemißt sich nach dem, was der Verstorbene für das uneheliche Kind geleistet hatte oder zu leisten verpflichtet war (zu vgl. Rekursentsch. 2856, Amtl. Nachr. 1916 S. 399). Sie wird also in vielen Fällen die Höhe der Rente eines ehelichen Kindes nicht erreichen. Ebenso wird auch die Hinterbliebenenrente nach der Mutter, da der Verdienst weiblicher Personen hinter demjenigen männlicher Personen regelmäßig erheblich zurücksteht, im allgemeinen keine hohe sein.

E. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

„Beteiligte" am Streitverfahren nach § 1459 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Mai 1918 (2479, Amtl. Nachr. 1918 S. 446).

Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der grundsätzlichen Entscheidung 1710 (Amtl. Nachr. 1913 S. 483) ausgesprochen hat, sind in dem Beitragsstreitverfahren nach § 1459 RVO. sämtliche Beteiligte zuzuziehen und vor jeder Entscheidung zu hören (zu vgl. auch Entsch. und Mitt. des RVA. 4. Bd. S. 313 Nr. 157). Zu diesen Beteiligten gehören nicht nur die unmittelbar als Parteien Auftretenden, also hier der Arbeitgeber und die Landesversicherungsanstalt, sondern auch die Versicherten, denn auch sie sind an der „Beitragsleistung" beteiligt, und auch für sie hat die Entscheidung eine vermögensrechtliche Bedeutung (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar, 3. Aufl., Anm. 5 zu § 1459). Diese sind aber hier nicht gehört und zum Verfahren zugezogen worden. Somit liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens vor, der die Aufhebung der angefochtenen Entscheidung und die Zurückverweisung der Sache an das Versicherungsamt notwendig macht.

Örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts bei Anträgen auf Hinterbliebenenrente.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Juni 1918 (2477, Amtl. Nachr. 1918 S. 444).

Nach § 1638 Abs. 1 RVO. ist, wenn der Versicherte gestorben ist, für die Zuständigkeit des Versicherungsamts sein letzter inländischer Wohn- oder Beschäftigungsort maßgebend. Im Inland gewohnt hat der Inspektor W. zuletzt in S. bei B., denn hier hat er, bevor er ins Feld rückte, nicht nur vorübergehend oder zufällig, sondern längere Zeit zu be-

stimmtem Zweck verweilt (zu vgl. Entsch. 2218, Amtl. Nachr. 1916 S. 562). Das Versicherungsamt des Landkreises B. würde daher zuständig sein, und zwar allein, wenn nicht außerdem ein Versicherungsamt des Beschäftigungsorts in Betracht käme. Beschäftigt war W. zuletzt in D., denn der Militärdienst, den er später in S. verrichtete, war keine Beschäftigung im Sinne der Reichsversicherungsordnung. Der letzte inländische Wohn- und Beschäftigungsort fallen also zeitlich nicht zusammen, und es fragt sich, ob auch in solchem Falle die Zuständigkeit nicht nur des Versicherungsamts des Wohnorts, sondern auch des Beschäftigungsorts anerkannt werden kann. Im Falle des § 1637 RVO., der das Versicherungsamt für zuständig erklärt, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit des Antrags wohnt oder beschäftigt ist, ist es nämlich nach dem Wortlaut dieser Vorschrift Voraussetzung für die Zuständigkeit der beiden Versicherungsämter, daß Wohn- und Beschäftigungsort zeitlich zusammentreffen. Nur dann kann der Versicherte wählen, an welches Versicherungsamt er sich wenden will, und die Wahl entfällt, wenn er zur Zeit des Antrags nur einen Wohnort, aber keinen Beschäftigungsort hat; ein früherer Beschäftigungsort bleibt außer Betracht. Es liegt nahe, die Vorschrift des § 1638 Abs. 1, die in enger Beziehung zu der des § 1637 steht, entsprechend auszulegen. Indessen ein Zwang besteht hierzu nicht, da § 1638 Abs. 1 nicht wie § 1637 ausdrücklich den Wohn- und Beschäftigungsort an einen bestimmten Zeitpunkt bindet. Auch Gründe der Zweckmäßigkeit sprechen, was die Ansprüche der Hinterbliebenen verstorbener Versicherten betrifft, gegen eine solche Auslegung. Vor allem sind es die Kriegsverhältnisse, die eine nicht zu enge Auslegung des § 1638 Abs. 1 als dringend geboten erscheinen lassen. Denn in vielen Fällen haben Kriegsteilnehmer zuletzt in einem von ihrem Heimatsort weit entfernten Ort in Garnison gestanden oder im Lazarett gelegen. Wäre nur dieser letzte Wohnort für die Zuständigkeit des Versicherungsamts maßgebend, so müßten ihre Hinterbliebenen weitab von dem letzten Beschäftigungsort des Versicherten, der regelmäßig auch sein Wohnort gewesen und der Wohnort seiner Familie geblieben ist, Recht suchen. Das würde aber die Erledigung der Hinterbliebenenansprüche erheblich erschweren und verzögern; zudem würde vielfach gemäß § 1630 Abs. 2 eine Versicherungsanstalt zuständig werden, bei der der verstorbene Kriegsteilnehmer niemals versichert gewesen ist. Deshalb rechtfertigt es sich, in solchen Fällen die Zuständigkeit nicht nur des Versicherungsamts des letzten Wohnorts, sondern auch die desjenigen Versicherungsamts anzuerkennen, in dessen Bezirk der Verstorbene vor Begründung des letzten Wohnorts zuletzt beschäftigt gewesen ist. Hiernach sind im gegenwärtigen Falle die beiden Versicherungsämter, das des Landkreises B. und das der Stadt D., zuständig. Von ihnen ist das Versicherungsamt in D. zuerst angegangen und deshalb gebührt ihm gemäß § 1639 der Vorzug.

Sprechsaal.

Zur Prüfung der Rentenberechnung.

Zufolge der gesetzlichen Vorschrift, daß mit Ausnahme der Lohnklasse I die Grundbeträge der Invalidenrente die Steigerungssätze derselben je um 8 ₰ übersteigen (§§ 1288, 1289 RVO.), ergibt sich die Möglichkeit, die Rentenberechnung auf einfache Weise dann zu überprüfen, wenn der Berechnung des Grundbetrags und der Steigerungssätze gleich viele Beitragswochen in den Lohnklassen II bis V und gleich viele Ersatztatsachen zugrunde liegen.

Angenommen, nachstehende Berechnung unterstände der Prüfung:

a	Ermittlung I. des Grundbetrags b Beitragswochen	c Satz ₰	d Betrag M	II. der Steigerungssätze e Beitragswochen	f Satz ₰	g Betrag M
1. Lohnklasse I	74	12	8,88	74	3	2,22
2. „ II	43	14	6,02	43	6	2,58
3 „ III	105	16	16,80	105	8	8,40
4. „ IV	78	18	14,04	78	10	7,80
5 „ V	97	20	19,40	97	12	11,64
6. Krankheitszeiten	16	14	2,24	16	6	0,96
7. Rentenbezugszeiten	52	14	7,28	52	6	3,12
8. Militärdienstzeiten	26	14	3,64	26	6	1,56
9. Ergänzungswochen	9	12	1,08	—	—	—
Summe	500	—	79,38	—	—	39,28

Aus dem eingangs erwähnten Grunde müssen die in Rubrik g Ziff. 2 bis 8 angegebenen Summen um

43 × 8 Pf
105 × 8 „
78 × 8 „
97 × 8 „
16 × 8 „
52 × 8 „
26 × 8 „

Summe 417 × 8 Pf = 33,36 M

niedriger sein als die einschlägigen in Rubrik d genannten Summen.

Bei Vergleich der Rubriken d und g muß deshalb zunächst letztgenannte Ziffer von 79,38 in Abzug gebracht werden, wodurch sich eine Restsumme von 79,38 — 33,36 = 46,02 M ergibt. Nach dem erwähnten Beispiel kann sich aber diese letzte Ziffer noch nicht als Endzahl in Rubrik g darstellen. Denn die Rubrik d weist zunächst noch die Ziff. 9 mit 1,08 M auf; sodann aber weist die Lohnklasse I in Rubrik d noch einen Mehrbetrag von 8,88 — 2,22 = 6,66 M aus. Erst wenn diese beiden Summen von 1,08 + 6,66 = 7,74 M noch weiterhin von der Endsumme der Rubrik d in Abzug gebracht werden, muß sich logisch die Endsumme in Rubrik g ergeben. Dies trifft aber vorliegendenfalls zu. Wenn von der im Eingang dieses Absatzes erwähnten Restsumme von 46,02 M noch weiterhin die Summe von 7,74 M in Abzug gebracht wird, erscheint tatsächlich die in Rubrik g erwähnte Endsumme von 38,28 M, woraus sich ergibt, daß die im gewählten Beispiel enthaltenen einzelnen Berechnungen richtig vollzogen sein müssen.

Regierungsassessor v. Peßl in Bayreuth.

Über die Anrechnung militärischer Dienstleistungen in der Invalidenversicherung.

Die Auskünfte in Heft 18 S. 360 unter Nr. 6 und in Heft 28 S. 559 unter Nr. 3 und S. 560 unter Nr. 6 beschäftigen sich mit der Anrechnung der Militärdienstleistungen als Beitragszeiten in der Invalidenversicherung. Da die dort behandelte Frage zweifelhaft sein kann, mag sie hier nochmals im Zusammenhang erörtert werden.

Der Normalfall ist, daß Soldaten während ihrer Militärdienstzeit keine Arbeit verrichten, die an sich versicherungspflichtig ist. Die Anrechnung der Militärdienstzeiten erfolgt in diesem Falle als Ausgleich dafür, daß der Versicherte während der militärischen Dienstleistungen verhindert war, Lohnarbeit zu verrichten und dafür Beiträge zu verwenden. Ob das bisherige Arbeitsverhältnis rechtlich fortbesteht, und ob der Arbeitgeber weiter Lohn zahlt, ist unerheblich. — Wie steht es nun, wenn ein Soldat eine an sich versicherungspflichtige Beschäftigung ausübt? Es sind hier verschiedene Fälle zu unterscheiden:

1. Wird die Tätigkeit auf Anordnung der militärischen Vorgesetzten ausgeübt, wird also der Soldat zu der Arbeit kommandiert, beispielsweise zu Erntearbeiten oder, wie es jetzt im Kriege häufiger vorgekommen ist, zu sonstigen Arbeiten im öffentlichen Interesse, so liegt eine versicherungspflichtige Tätigkeit nicht vor, weil die Arbeit nicht auf dem freien Entschluß des Arbeitenden beruht, er auch nicht in der Lage ist, sich den Arbeitgeber zu suchen und den Lohn auszubedingen. — Gleich der Kommandierung zur Arbeit steht die sogenannte Arbeitstherapie, also die Leistung von Arbeit durch Verwundete auf Grund ärztlicher Anordnung. Auch hier herrscht kein Zweifel darüber, daß solche im Interesse der Heilung auf ärztliche Verordnung geleistete Arbeit nicht versicherungspflichtig ist. Diese Zeiten werden als militärische Dienstleistungen ohne Beitragsentrichtung angerechnet.

2. Der Soldat wird zur Arbeit beurlaubt. Solche Fälle sind in der Kriegszeit keine Seltenheit gewesen bei Soldaten, deren Entlassungsverfahren noch schwebte. Da sich dieses häufig über längere Zeit hinzieht, haben die Ersatztruppenteile den Mann in der Regel einstweilen beurlaubt, ihm auch auf Antrag gestattet, bürgerliche Kleidung anzulegen. Trotzdem bleibt der Mann bis zur förmlichen Entlassung Soldat. Wenn er während dieser Urlaubszeit Arbeit übernimmt, die an sich versicherungspflichtig ist, so muß er versichert werden. Es fragt sich, ob ihm diese Zeit, falls die Versicherung unterblieben ist, als Militärdienstzeit angerechnet werden kann. Die Frage möchte ich verneinen. Einmal ist der oben dargelegte Grund für die Anrechnung von Militärdienstzeiten hier nicht gegeben. Der Mann hat ja tatsächlich Arbeit ausgeübt, für die Marken verwendet werden mußten; er war also durch die Tatsache, daß er formell noch Soldat war, in seinem Versicherungsverhältnis nicht geschädigt. Es kommt aber weiter hinzu, daß auch der Wortlaut des § 1393 und der Verordnung vom 23. 12. 1915 gegen die Anrechnung spricht. Dort ist die Rede von der Einziehung zur Erfüllung der Wehrpflicht und von militärischen Dienstleistungen. In dem hier behandelten Falle leistet der Versicherte keinen Militärdienst; die Militärbehörde hat durch die Beurlaubung auf die Dienstleistung des Mannes verzichtet und ihm die Ausübung einer bürgerlichen Tätigkeit ermöglicht. Wenn er auch formell noch Soldat ist, so steht er doch versicherungsrechtlich nicht anders da als derjenige, der zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit reklamiert, also zeitweise entlassen ist. — Ebenso muß natürlich der Fall beurteilt werden, wenn der Soldat vom Lazarett aus zur Arbeitsleistung beurlaubt wird — also nicht bei der Arbeitstherapie —, mag er auch im Lazarett wohnen bleiben und dort weiter behandelt und verpflegt werden.

3. Der Soldat benutzt seine ihm noch verbleibende freie Zeit dazu, eine Tätigkeit auszuüben, sei es mit oder ohne Wissen der Militärbehörde. Diese Nebentätigkeit ist versicherungspflichtig; sofern sie nicht nach Lage des Einzelfalls etwa als vorübergehende Dienstleistung angesehen werden kann. In einem mir bekannt gewordenen Falle wurde eine Anzahl Soldaten nach ihrem täglichen Dienst in den Spätnachmittagsstunden bei einer Großbank gegen ein Tagesentgelt von 5 M mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt. Hier war die Versicherungspflicht zu bejahen. Werden in einem solchen Falle keine Beiträge verwendet, so wird man hier, abweichend von dem Fall unter Nr. 2, die Militärdienstzeiten anrechnen müssen. Denn diese Leute leisten ja tatsächlich Militärdienste. Aus dem Umstande, daß sie nebenbei noch versicherungspflichtig arbeiten, darf ihnen kein Nachteil erwachsen. Wollte man ihnen die Militärdienstzeit nicht anrechnen, dann würden sie schlechter stehen als ihre Kameraden, die nicht so fleißig sind, ihre vom Militärdienst freie Zeit noch zu Privatarbeiten zu benutzen.

Selbstverständlich darf sich der Arbeitgeber nicht darauf berufen, daß die Anrechnung der Militärdienstzeiten in diesem Fall erfolgt. Er ist zur Beitragsentrichtung verpflichtet. Nur wenn die Beitragsleistung unterblieben ist und auch nicht mehr nachgeholt werden kann, entweder wegen Fristablaufs oder aus Gründen, die in Person des Arbeitgebers liegen, erst dann kommt die Anrechnung der Dienstzeit als Ersatztatsache in Frage. Dr. Brunn, Landesrat.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke.

Das Reichsversicherungsamt veröffentlicht eine Übersicht der Ergebnisse der auf Anregung des Reichsversicherungsamts von den Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten eingerichteten Beratungsstellen für Geschlechtskranke für das Jahr 1917. Diese Beratungsstellen, die streng an dem Grundsatz der Verschwiegenheit festhalten, beschränken sich im allgemeinen auf die Beratung geschlechtskranker Versicherter, ohne die Behandlung selbst zu übernehmen. Ihre hauptsächliche Aufgabe besteht in einer überwachenden Tätigkeit. Sie sollen darauf hinwirken, daß die Behandlung der Geschlechtskranken bis zur endgültigen Ausheilung durchgeführt wird und bei Syphiliskranken die so wichtigen Nachkuren rechtzeitig einsetzen. Es bestehen zur Zeit 104 Beratungsstellen. Im Jahre 1917 ist, wie die Nordd. Allg. Ztg. mitteilt, gegen das Vorjahr die Zahl der bei den Beratungsstellen gemeldeten Personen von 4839 auf 19140, die Zahl der neu in Fürsorge genommenen von 2611 auf 14534; die Zahl der Fälle, in denen sich die Beratenen einer Behandlung unterzogen, von 747 auf 6953 gestiegen. Die Meldungen waren überwiegend von Krankenkassen, Krankenhäusern und Ärzten, im übrigen von der Militärverwaltung und anderen beteiligten Stellen ausgegangen. Besonders hervorzuheben ist, daß in 6388 Fällen Selbstmeldungen Versicherter vorlagen. Von den Gemeldeten wurden festgestellt als an Syphilis erkrankt 11473 (5381 Männer und 6092 Frauen), an Tripper 5250 (3356 Männer und 1894 Frauen), an einer anderen Geschlechtskrankheit 1554, während die übrigen 863 Personen sich als frei von Geschlechtskrankheit erwiesen. Verheiratet waren 37 v. H. der in Fürsorge genommenen Männer und 38 v. H. der in Fürsorge genommenen Frauen. 88 v. H. aller Personen wohnten in Orten über 5000 Einwohner. Die Kosten der erforderlichen Behandlungen trugen überwiegend die Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten. Einige Landesversicherungsanstalten haben mit den Krankenkassen ihres Bezirks Vereinbarungen über die Behandlung von Geschlechtskranken auf gemeinschaftliche Rechnung getroffen. Hierdurch soll eine tunlichst schnelle Einleitung der Behandlung sichergestellt werden, die bekanntlich für den Heilerfolg von größter Wichtigkeit ist. Erfüllen diese Abmachungen die auf sie gesetzte Hoffnung, so soll darauf hingewirkt werden, daß auch die übrigen Träger der Kranken- und Invalidenversicherung sich zu ähnlichen Vereinbarungen zusammenschließen. Hiernach kann die bisherige Entwicklung der Beratungsstellen als durchaus erfreulich bezeichnet werden. Der Krieg hat die durch Geschlechtskrankheiten der Volksgesundheit drohende Gefahr noch erhöht. In dem Kampfe gegen diese gefährliche Volksseuche, der deshalb mit noch größerem Nachdruck geführt werden muß, haben die Beratungsstellen die Feuerprobe bestanden. Sie werden sich in noch höherem Maße als eine segensreiche Einrichtung erweisen, wenn alle beteiligten Stellen an ihrem planvollen Ausbau mitwirken.

Zur Erhöhung der ärztlichen Gebühren.

Einem Berichte der „Betriebskrankenkasse" (Nr. 20 S. 168) über eine Tagung des Süddeutschen Betriebskrankenkassen-Schutzverbandes (Sitz Augsburg) vom 29. und 30. 9. 18 entnehmen wir folgendes:

Geschäftsführer Beideck hielt einen Vortrag über „Änderung der ärztlichen Gebührenordnungen". Während die württembergische Regierung den Krankenkassen Gelegenheit gegeben habe, sich zu den Änderungsanträgen der Ärzte zu äußern, sei die Öffentlichkeit in Bayern von der Erhöhung der Sätze der amtlichen Gebührenordnung völlig überrascht worden, obwohl den Krankenkassenverbänden vor kurzem von der bayerischen Staatsregierung erklärt worden sei, daß sie bei allen Angelegenheiten, welche die Kassen besonders berühren, gehört werden würden. Die Kassen könnten die hohen Sätze nach der neuen Verordnung nicht zubilligen. Die tatsächlichen Verhältnisse rechtfertigten eine derartige Erhöhung nicht. Durch das Vorgehen der Regierung würden auch die schwebenden Verhandlungen mit den Ärzten erschwert. Die bayerischen Kassenverbände forderten, daß die Änderung der Gebührenordnung auf die Kassen nicht erstreckt würde oder daß für die Kassen eine besondere ärztliche Gebührenordnung erlassen werde. Oberregierungsrat Wimmer suchte die gegen die bayerische Regierung erhobenen Vorwürfe zu entkräften. Wie die Erörterungen ergaben, schloß sich die Versammlung seinen Darlegungen nicht an und mißbilligte das Vorgehen der bayerischen Regierung als eine Begünstigung der Ärzte und als eine erhebliche Schädigung der Krankenkassen. Der Regierungsvertreter betonte weiterhin, daß Maßnahmen vorbereitet würden, um einer etwaigen Gefährdung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vorzubeugen. Die bayerische Regierung werde bestrebt bleiben, bei den Verhandlungen zwischen Kassen und Ärzten die Interessen der Kassen tunlichst zu wahren und zu einem erträglichen Ausgleich zu kommen. Die Regierung werde in Zukunft vor Erlaß amtlicher Maßnahmen den Kassenverbänden Gelegenheit zur Äußerung geben.

„Die Forderungen der Ärzte und die neuen Arztverträge" war der Gegenstand des folgenden Vortrages von Dr. Halbach. Redner legte anknüpfend an die vorhergehenden Verhandlungen vor allem dar, daß ein wesentlicher Unterschied zwischen der Privat- und der Kassenpraxis der Ärzte bestehe und daß die Kassen nicht in der Lage seien, die in der neuen bayerischen Verordnung vorgesehenen Mindestsätze zu bezahlen. In der Kassenpraxis käme eine Reihe von ärztlichen Verrichtungen vor, die sich in der Privatpraxis erübrigen: Ausstellung von Krankenscheinen, wöchentliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit, Wiederholung von Arzneiverordnungen, bei jeder Unpäßlichkeit sei der Versicherte genötigt, zum Arzt zu gehen, während sich der Nichtversicherte einfach die Arznei unmittelbar besorge. Um sich den rechtzeitigen Genuß des Krankengeldes zu sichern, würden die Kassenärzte von den Versicherten auch in allen leichten Erkrankungsfällen sofort aufgesucht. Der erfahrene und gewandte Kassenarzt könne eine nicht unerhebliche Zahl von Versicherten ohne besondere Mühewaltung in der Sprechstunde abfertigen. Die Kassen könnten für jeden dieser Fälle nicht den amtlichen Mindestsatz bezahlen. Es handele sich vielfach im Grunde nicht um ärztliche Leistungen, sondern um Verwaltungsarbeit. Das scheine die bayerische Staatsregierung gar nicht berücksichtigt zu haben. Die Kassen hätten auch keinerlei Einfluß auf die ärztlichen Leistungen, diese ständen vollkommen im Ermessen der Ärzte, eine Nachprüfung sei den Kassen fast unmöglich. In der Privatpraxis biete der Wettbewerb einen Schutz gegen die hohen Arztrechnungen, der Privatpatient lehne

auch Leistungen, die ihm unerwünscht sind, ab. Weiter wurde empfohlen, die ablaufenden Verträge zu verlängern bis zum Ablauf des Jahres, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist. In dem Falle könnte den Ärzten eine Kriegszulage zu den vertraglich vorgesehenen Vergütungen zugestanden werden. Bei der Bemessung der Zulage seien die örtlichen Verhältnisse besonders zu würdigen. Auf die von den Ärzten vielfach geforderten neuen Verträge auf 1 Jahr könnten sich die Kassen nicht einlassen, um das Kassengebaren nicht zu gefährden. Unbedingt abzulehnen wäre die Forderung, daß der Vertrag hinfällig wäre, wenn durch Maßnahmen des Gesetzgebers die Versicherungsgrenzen erweitert würden. Zum Schluß des Vortrages wurde hervorgehoben, daß auch die Regierungsstellen ein besonderes Interesse daran hätten, die Krankenkassen leistungsfähig zu erhalten, was bedinge, daß die Regierungen den Kassen in der Abwehr übertriebener Forderungen der Ärzte zur Seite stehen müßten. Der Vorsitzende betonte, daß das Berliner Abkommen in Süddeutschland leider nicht durchgeführt werde, im wesentlichen infolge des Widerstandes der Ärzte. Die Kassenverbände seien bemüht, dieses Abkommen auch in Süddeutschland in vollem Umfang zu verwirklichen.

Die Krankenversicherung in Polen.

Die soziale Versicherung liegt in Rußland und Polen noch sehr im argen. Allerdings wurde etwa zwei Jahre vor Kriegsausbruch in Rußland die Krankenversicherung gesetzlich eingeführt. Sie ist jedoch noch sehr mangelhaft. Die durch den Krieg bewirkten wirtschaftlichen Umwälzungen zwingen auch zu einer Ausgestaltung der Versicherungseinrichtungen. Namentlich in Polen haben das Aufblühen der Industrie in den letzten Jahrzehnten, die Veränderungen in der Entwicklung der sich neuzeitlichen Wirtschaftsformen anpassenden Landwirtschaft, die Umwälzungen im Handwerk usw. bewirkt, daß die Lebensverhältnisse, die Lohn- und Arbeitsbedingungen und die sozialen Fürsorgeeinrichtungen der arbeitenden Klassen noch nicht genügend geregelt sind. Es bestehen in Polen zwar schon seit hundert Jahren „Arbeiterkrankenkassen“, die zuerst unter dem Namen „Kassen der Bruderhilfe“ entstanden, doch sind diese sehr mangelhaft.

Zuerst gab vor zwei Jahren das Arbeitsdepartement des damaligen provisorischen Staatsrats als Material für die soziale Gesetzgebung eine Arbeit über die obligatorische Krankenversicherung heraus. In der Vorrede zu dem Entwurfe bemerken die Verfasser, sie seien auf ein bisher noch sehr brach liegendes Gebiet gestoßen. Bei dem Entwurf nahm man sich die Krankenversicherung in Deutschland und Österreich zum Muster. Der Entwurf wurde auch von dem gegenwärtigen Ministerium für öffentliches Gesundheitswesen, soziale Fürsorge und Arbeitsschutz gebilligt und dem Ministerrat unterbreitet, der ihn genehmigte. Er ist nun dem Staatsrat unterbreitet worden. Dem in der „Godzina Polski“ veröffentlichten Entwurf sei folgendes entnommen:

Die Versicherungspflicht ist auf breitester Grundlage aufgebaut. Ihr sollen alle Personen, die ihren Lebensunterhalt in einem Lohnverhältnis erwerben, also Arbeiter, Gesellen und Lehrlinge beiderlei Geschlechts, die in Industrie und Handel beschäftigt sind, landwirtschaftliche Arbeiter und Beamte, sowohl die dauernd als auch die vorübergehend beschäftigten, die Arbeiter der Industriebetriebe, Werkmeister, Maschinisten und die höheren Angestellten, wenn diese Beschäftigung die Hauptquelle ihres Einkommens bildet, das Hausdienstpersonal, alle unständig Beschäftigten, Angestellte der Banken, Handelsgeschäfte, technischer Anstalten, Apotheken und Bureaus, Lehrer und Erzieher, Beamte, Angestellte und Arbeiter des Staates und der Gemeinden, die in Gastwirtschaften Beschäftigten, das Bühnen- und Orchesterpersonal, die Besatzung der Schiffe und der Binnenschiffahrt, die Arbeiter und Angestellten der Eisenbahnen und Kleinbahnen unterstehen. Dem Versicherungszwange unterstehen auch Heimarbeiter, die Heimarbeit auf Rechnung von Unternehmungen übernehmen, auch wenn sie eigene Rohstoffe und Arbeitsgeräte verwenden, wenn sie ihre Familienmitglieder oder zumindest zwei Arbeiter beschäftigen. Einen Teil der auf die Arbeitgeber entfallenden Beiträge zahlen für die Heimarbeiter jene Unternehmungen oder Personen, für welche sie tätig sind. Dem Minister für Arbeitsschutz, soziale Fürsorge und öffentliches Gesundheitswesen steht das Recht zu, den Versicherungszwang auch auf weitere Gruppen von Personen auszudehnen.

Von dem Versicherungszwange enthoben werden können Beamte und Angestellte des Staates und der Gemeinde, ebenso Personen, die in staatlichen und Gemeindeunternehmungen oder in privaten Bergwerks-, landwirtschaftlichen oder forstwirtschaftlichen Unternehmungen beschäftigt sind, wenn die ihnen in Krankheitsfällen zustehenden Unterstützungen nicht niedriger bemessen sind, als die der zuständigen Krankenkasse.

Freiwillig beitreten können selbständig erwerbende und dem Versicherungszwange nicht unterliegende Personen, wenn sie das 35. Lebensjahr nicht überschritten haben und im Kreise der Kasse ihren dauernden Wohnsitz haben. In diesem Falle ist die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses erforderlich.

Die Durchführung der Versicherung wird geleitet von einer staatlichen Versicherungsanstalt, die in jedem Kreis eine Kreiskrankenkasse und in jeder Stadt mit über 50 000 Einwohnern eine städtische Kasse gründen kann. Auf Verlangen der Versicherten können auch mehrere Kassen in einem Kreise entstehen. Der einzelnen Kasse gehören diejenigen Personen an, die ihren *ständigen* Beschäftigungsort in dem Kreise der Kasse haben, von den *nicht* dauernd Beschäftigten diejenigen, die im Kreise der Kasse ihren Wohnsitz haben. Eine Krankenversicherung bei einer anderen Kasse enthebt nicht von der Versicherungspflicht. Die Verwaltung der Kassen soll grundsätzlich in den Händen der Versicherten liegen, die Arbeitgeber sollen aber Aufsichtskomitees zur Wahrung ihrer Interessen bilden können.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Entwurf und der Krankenversicherung in Deutschland und Österreich besteht darin, daß nur Territorialkassen unter Ausschluß von Betriebs- und ähnlichen Kassen gebildet werden sollen. Die Kassen können Bezirksverbände und einen Landesverband bilden. Die Verbände können die Aufsicht über die Kassen, die Statistik, das Vertragswesen mit Ärzten usw. regeln. Die Oberaufsicht über die Kassen führt das Arbeitsministerium.

Mitglied der Krankenkasse wird ein Versicherungspflichtiger mit dem Tage des Antritts seiner Arbeit, die nicht dauernd Beschäftigten mit ihrer Eintragung in die Versicherungsliste, die freiwillig Beitretenden mit ihrer Aufnahme. Die Arbeitsunfähigen werden solange als Kassenmitglieder betrachtet, als ihnen das Recht auf Bezüge aus der Kasse zusteht. Die ausscheidenden Versicherungs-

pflichtigen können durch Weiterzahlung des Beitrags den Kassen als freiwillige Mitglieder verbleiben. — Die Leistungen der Versicherung sind im allgemeinen den deutschen Einrichtungen angepaßt. — Es wird von der Gestaltung der politischen Verhältnisse abhängen, ob und wann der Entwurf Gesetz wird.

Ein Briefwechsel in eigener Angelegenheit.

Nur ungern befassen wir unsere Leser mit den inneren Angelegenheiten der Schriftleitung. Es wird aber dem aufmerksamen Leser auffallen, daß aus der Reihe der am Kopf unserer Hefte verzeichneten Mitarbeiter der Name eines Herrn plötzlich ausgefallen ist, obwohl der Träger dieses Namens in voller Arbeitsfrische lebt; und da es sich um eine Persönlichkeit handelt, die nahe an der behördlichen Spitze des größten Trägers der Reichsversicherung steht, so könnte ihr unerklärtes jähes Ausscheiden einer für die Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung" peinlichen Mißdeutung ausgesetzt sein. Dem möchten wir durch die Veröffentlichung des nachstehenden Briefwechsels vorbeugen:

Berlin-Wilmersdorf, den 4. Oktober 1918.

Bereits durch Schreiben vom 25. Januar d. J. — Z. B. 577 I. Ang. — hat der Präsident des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt zu einer Artikelreihe Stellung genommen, die einseitig den Standpunkt der Anhänger einer Verschmelzung von Invaliden- und Angestelltenversicherung vertretend, auf die entgegengesetzten Anschauungen der erdrückenden Mehrheit der Nächstbeteiligten, d. h. der Versicherten und ihrer Arbeitgeber keine Rücksicht nahm. Die in Aussicht gestellte Fortführung der Artikelreihe, wobei die Heranziehung maßgebender Vertreter der versicherten Angestellten bzw. ihrer Arbeitgeber wenigstens nachträglich erhofft werden durfte, um so mehr, als Ihre praktischen Bedürfnissen dienende Zeitschrift doch gerade auch in diesen Kreisen gelesen werden will, hat sich bis heute nicht erfüllt. Statt dessen setzt einer der oben erwähnten Artikelschreiber und schärfsten Gegner der selbständigen Angestelltenversicherung, Herr Landesrat Dr. Brunn, im letzten Juliheft Ihrer Zeitschrift den Feldzug gegen die Angestelltenversicherung fort in einer Weise, die schon nach ihrer Form kaum noch sachlich genannt werden kann. Unter solchen Umständen sehe ich mich veranlaßt, ergebenst um alsbaldige Streichung meines Namens unter den Mitarbeitern am Kopfe der Zeitschrift zu ersuchen.

gez. Dr. Beckmann,
Wirklicher Geh. Ober-Regierungsrat, Vizepräsident des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Hierauf haben wir am 15. Oktober folgendes erwidert:

Auf das gefl. Schreiben vom 4. Oktober d. J., hier eingegangen am 11. d. M., beehren wir uns ergebenst zu erwidern, daß die gewünschte Streichung Ihres Namens unter den Mitarbeitern unserer Zeitschrift veranlaßt worden ist. Zu diesem Erfolge hätte es der von Ihnen beliebten Begründung Ihres Ersuchens nicht bedurft. Es ist unrichtig, daß in unserer Artikelreihe „einseitig" der Standpunkt der Anhänger einer Verschmelzung von Invaliden- und Angestelltenversicherung vertreten und auf die entgegenstehenden Anschauungen der Mehrheit der Nächstbeteiligten keine Rücksicht genommen worden sei. Schon in der Einleitung der Artikelreihe im Heft 36 von 1917 ist ausdrücklich bemerkt, daß wir unsere Umfrage an eine Reihe von Sachverständigen, **ohne Rücksicht auf ihre mutmaßliche Stellung zur Streitfrage** gerichtet haben, daß aber ein Teil von ihnen sich mit Behinderung entschuldigt, ein anderer Teil noch nicht geantwortet hat, und daß wir das Ergebnis der Umfrage noch nicht für abgeschlossen halten. Schon diese erste Artikelreihe enthielt in dem Gutachten des Präsidenten Dr. Zahn Äußerungen, die den Vorwurf „einseitiger" Stellungnahme im Sinne der Verschmelzung ausschließen. Es folgten dann aber im Heft 6 von 1918 die Zuschrift des Präsidenten des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt und zwei Gutachten aus den Reihen der Angestellten, die sehr entschieden gegen die Verschmelzung Stellung nahmen. Daß weitere Äußerungen, die wir glaubten erwarten zu dürfen, und insbesondere weitere Äußerungen in dem Ihnen erwünschten Sinne ausblieben, ist nicht unsere Schuld. Überdies hatten wir inzwischen im Heft 3 von 1918 S. 53 die Denkschrift der Reichsversicherungsanstalt über die Angliederung der Angestelltenversicherung an die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung besprochen und bemerkt, daß ihre sachlichen und ruhigen Darlegungen Anspruch auf vorurteilsfreie, sachliche und ruhige Prüfung haben, und daß die Denkschrift „als ein besonders wertvoller Beitrag zur Klärung der Frage aufzunehmen und zu begrüßen" sei.

Die Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung" hat sich niemals das Recht eigener freier Meinungsäußerung verschränken lassen. Das hat sie von jeher nicht gehindert, auch abweichenden Ansichten Raum zu geben, und von diesem Grundsatze hat sie sich auch in der vorliegenden Streitfrage leiten lassen, wie die angeführten Stellen klar ergeben. Wir nehmen zu Ihren Gunsten an, daß Ihnen diese Stellen entgangen sind. Dann beruht der von Ihnen gegen die Schriftleitung erhobene schwere Vorwurf nur auf einer Fahrlässigkeit, freilich recht erheblichen Grades. Wenn Sie aber den Aufsatz des Herrn Landesrats Dr. Brunn (im Heft 19 von 1918) zum Anlaß nehmen, sich von der „Arbeiter-Versorgung" reinlich zu scheiden, so wird — da die Form des Aufsatzes völlig einwandfrei ist — der eigentliche Beweggrund Ihres Schrittes hinreichend klar: Sie nehmen an dem **sachlichen Inhalt** des Aufsatzes Anstoß und finden sich, wie schon durch unsere früheren Veröffentlichungen, abermals in der Erwartung getäuscht, daß wir Ihnen, als Gegenleistung für den Vorzug, Sie unter unseren Mitarbeitern nennen zu dürfen, das Opfer der freien Meinungsäußerung in unserer Zeitschrift darbringen würden. Damit sind Sie an die unrichtige Schmiede gekommen.

Ergebenst
Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung".

Am 21. Oktober ist uns dann noch folgendes Schreiben vom 17. Oktober zugegangen:

In den weitesten, sehr urteilsfähigen Kreisen der versicherten Angestellten ist die **Stellungnahme der Arbeiterversorgung zur**

Verschmelzungsfrage aufgefallen. Insbesondere hat es auch Verwunderung, namentlich bei den Ortsausschüssen, erregt, daß gleichwohl mein Name unter den Mitarbeitern genannt wurde. Im Interesse der Arbeiter-Versorgung mache ich hiervon Mitteilung. Im übrigen verbietet mir der Ton des Schreibens weitere Erörterungen.

Hochachtungsvollst
gez. Dr. Beckmann.

Wir stellen hiernach fest, daß der Herr Vizepräsident des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt anscheinend nicht sowohl aus eigenem Antrieb als vielmehr unter dem Einflusse irgendwelcher „weitester Kreise", insbesondere der Ortsausschüsse gehandelt hat und daß dafür — wie die von uns durch Sperrdruck hervorgehobenen Worte klar ergeben — lediglich „die Stellungnahme der ‚Arbeiter-Versorgung' zur Verschmelzungsfrage" bestimmend gewesen ist. Herr Dr. Beckmann fügt hinzu, daß er diese Mitteilung „im Interesse der Arbeiter-Versorgung" mache. Dafür sind wir ihm zu Dank verbunden, weil seine Zuschrift das uneingeschränkte Zugeständnis enthält, daß sein Vorgehen durch unser rein sachliches Verhalten veranlaßt worden ist. Denn die „Stellungnahme der ‚Arbeiter-Versorgung'" bestand ja lediglich darin, daß wir eine Anzahl Sachverständiger ohne Rücksicht auf ihre mutmaßliche Stellung zur Streitfrage um Äußerung ersucht und die uns zugegangenen Äußerungen restlos, also die Stimmen nicht nur der Gegner, sondern auch der Befürworter der Verschmelzung veröffentlicht haben. Daß sich mehr Befürworter als Gegner geäußert haben, hing nicht von uns ab. Herr Dr. Beckmann aber meinte wohl, daß wir es seinem Namen schuldig gewesen wären, die Befürworter der Verschmelzung überhaupt nicht zum Worte zu verstatten.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Einfluß der Erhöhung der Taxe auf ältere Arztverträge.

1. Nach St. Frage: Unser Vertrag mit den Ärzten vom Jahre 1914 bestimmt, daß die Bezahlung der Einzelleistungen nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung erfolgt. Wirkt nun die jetzt erfolgte Gebührenerhöhung auf unseren Vertrag von 1914 ein?

Antwort: Wir meinen, daß auf Grund des Vertrages jetzt die erhöhten Mindestsätze gezahlt werden müssen. Die Bedeutung der in der Gebührenordnung enthaltenen Taxe ist, daß sie die als angemessen oder üblich anzusehenden Vergütungssätze feststellt (zu vgl. § 612 Abs. 2 BGB.). Wenn daher in einem Arztvertrage auf die Mindestsätze der Gebührenordnung verwiesen wird, so muß man als Absicht der Vertragschließenden unterstellen, daß die angemessene übliche Vergütung gezahlt werden soll, für welche die jeweils geltende Taxe nur der gesetzliche Ausdruck ist. Die auf einer Änderung der Verhältnisse beruhende Erhöhung der Taxe muß daher auf den bereits vorher geschlossenen Vertrag zurückwirken.

Entscheidung über die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts bei Ersatzstreitigkeiten zwischen Versicherungsträgern.

2. Nach Darmstadt. Antwort: Für den Streit über einen Ersatzanspruch der Landesversicherungsanstalt gegen die Krankenkasse aus § 1518 Abs. 2 RVO. gilt nach §§ 1771 ff. auch der das Zwischenverfahren über die Zuständigkeit regelnde § 1640 und das, was wir hierüber in unserer Auskunft im Heft 26 S. 519 Ziff. 1 bemerkt haben. Danach kann es allerdings auffallen, daß das RVA. in der Entsch. 2473 Amtl. Nachr. 1918 S. 426 auf die Frage, ob das Versicherungsamt zur Entscheidung über den Ersatzanspruch örtlich zuständig war, überhaupt eingegangen ist und nicht vielmehr das Urteil des Oberversicherungsamts schon deshalb aufgehoben hat, weil diesem eine Nachprüfung der Zuständigkeit des Versicherungsamts, das in der Sache selbst entschieden hatte, im Hinblick auf § 1640 nicht zustand. Gegen die Richtigkeit unserer Auskunft aber kann aus der Entsch. nichts gefolgert werden. Vielleicht geht das RVA. davon aus, daß die im § 1771 vorgeschriebene „entsprechende" Anwendung der §§ 1636 bis 1734 nicht nötigt, die Geltung des § 1640 auch bei Ersatzansprüchen (§ 1773) anzunehmen. Denn der § 1640 bezweckt, im Interesse der Versicherten einer Verschleppung der sachlichen Entscheidung über Ansprüche aus der Versicherung vorzubeugen. Dieser gesetzgeberische Grund trifft nicht zu auf Streitigkeiten über Ersatzansprüche der Versicherungsträger gegeneinander.

Befugnis des Geschäftsführers zur Anweisung von Zahlungen aus der Kasse?

3. Nach X. Antwort: Die Anweisung zur Leistung laufender Zahlungen, insbesondere an Beamte und Angestellte der Kasse, ist eine Angelegenheit der dem Kassenvorstande obliegenden laufenden Verwaltung (§ 342 RVO.). Im Wege der Regelung des inneren Dienstes kann diese Aufgabe dem Vorsitzenden des Vorstandes (oder einem anderen Vorstandsmitgliede) übertragen werden; einer Satzungsbestimmung nach § 5 Abs. 3 RVO. bedarf es hierzu nicht, da es sich nicht um Vertretung der Kasse nach außen handelt. Aus gleichem Grunde kann die Anweisung feststehender laufender Zahlungen auch einem Angestellten der Kasse übertragen werden, soweit nicht die Satzung anders bestimmt (§ 91 der Mustersatzung f. OKKn.). Die in Ihrer Satzung (§ 99) enthaltene Bestimmung, daß „alle anderen Barleistungen und Ausgaben" (nämlich außer Krankengeldern) „nach Anweisung des Vorsitzenden des Vorstandes" zu leisten sind, bedeutet zwar nicht,

daß der Vorsitzende selbst jede einzelne Zahlung schriftlich anweisen müsse, sondern ermächtigt ihn auch zu allgemeiner und formloser Anweisung des Geschäftsführers, ein für alle Mal gewisse feststehende Zahlungen schriftlich anzuweisen. Aber keinesfalls kann der Geschäftsführer, auch nicht auf Grund allgemeiner Ermächtigung durch den Vorsitzenden, Vorschüsse auf noch nicht fällige Leistungen, insbesondere auf künftiges Gehalt der Beamten und Angestellten, zahlen lassen; denn das ist Kreditgewährung, die, wenn sie überhaupt zulässig sein mag, eine Entschließung des Vorstandes im Einzelfalle voraussetzt. Und für besonders unzulässig halten wir es, wenn auf Grund allgemeiner Anweisung des Geschäftsführers die von ihm selbst zu bezahlenden Privatrechnungen an der Kasse des Versicherungsträgers vorschußweise eingelöst oder Barvorschüsse auf Rechnung künftigen Gehalts gezahlt werden.

Zum freiwilligen Beitrittsrechte der Kleinmeister (§ 176 Ziff. 3 RVO.).

4. **Nach Thorn.** Frage: Ein Malermeister, der vor dem Kriege mehrere Gehilfen und Lehrlinge beschäftigt hat, arbeitet jetzt nur mit einem Lehrling. Ist er berechtigt, nach § 176 Abs. 1 Ziff. 3 der Kasse freiwillig beizutreten?

Antwort: Die Entscheidung hängt davon ab, ob man sagen kann, daß der Meister „regelmäßig" keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigt. Nun liegt es allerdings nahe, zu sagen, der Krieg sei kein „regelmäßiger" Zustand und es müsse daher von den Verhältnissen vor dem Kriege ausgegangen werden, was zur Verneinung des Beitrittsrechtes führen würde. In solcher Allgemeinheit möchten wir das aber nicht gelten lassen. Denn es kann sehr wohl sein, daß der Gewerbetreibende durch die lange Dauer der mit dem Kriege zusammenhängenden ungünstigen Verhältnisse so sehr gelitten hat, daß er voraussichtlich für nicht absehbare Zeit auch noch nach dem Kriege wenigstens nicht mehr als zwei Versicherungspflichtige wird beschäftigen können. Dann ist der gegenwärtige Zustand seiner Betriebsverhältnisse nicht mehr als ein nur vorübergehender, sondern bis auf weiteres als der regelmäßige im Sinne des § 176 Ziff. 3 anzusehen. Es handelt sich hierbei immer um eine verständige und billige Würdigung der Umstände des Einzelfalles, wobei eine wohlwollende Beurteilung zu empfehlen ist.

Ersatzansprüche des Armenverbandes für Krankenhauspflege gegen den Träger der Unfallversicherung.

5. **Nach Kattowitz (W. A. II 67).** Antwort: a) Der Magistrat, der als Organ des Armenverbandes den Unfallrentner wegen einer neuerlichen Unfallfolge in das städtische Krankenhaus aufgenommen und dort verpflegt hat, hat Anspruch auf Ersatz aus den Leistungen der Unfallversicherung nach §§ 1531, 1534, 1535 RVA. Dabei ist für die Unterstützungen, die der Krankenpflege entsprechen, also für die ärztliche Behandlung und Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln (§ 558 Ziff. 1) nach § 1535 Ziff. 2 der wirkliche Aufwand aus den entsprechenden Leistungen des Versicherungsträgers zu ersetzen, während für die Kosten des Unterhalts im Krankenhause nach § 1535 Ziff. 3 Ersatz nur bis zum halben Betrage der Unfallrente nach näherer Vorschrift der §§ 1506, 1507 gefordert werden kann.

b) Ein Anspruch auf Angehörigenrente ist im vorliegenden Falle nicht begründet. Er besteht nach § 598 nur, wenn die Genossenschaft — oder der sonstige Träger der Unfallversicherung — die Heilanstaltspflege gewährt. Das trifft hier nicht zu, da der Versicherungsträger von seiner Befugnis, Anstaltspflege nach § 597 zu gewähren, keinen Gebrauch gemacht hat.

Nachweis der Geburt eines lebensfähigen Kindes.

6. **Nach Neiße.** Antwort: Wenn das Mitglied von einem lebensfähigen Kind entbunden worden ist, so hat es Anspruch auf satzungsgemäßes Wochengeld und, sofern die Voraussetzungen des § 8 Bekanntm. v. 3. 12. 1914 und § 195 RVO. erfüllt sind, auch auf Kriegswochenhilfe. Die Leistungen dürfen nicht deswegen verweigert werden, weil eine standesamtliche Bescheinigung über den Geburtsfall nicht beigebracht ist. Verschafft sich über diesen die Kasse in anderer Weise zuverlässige Kenntnis, so muß das genügen; so wird sie das Zeugnis des behandelnden Arztes oder der Hebamme gelten lassen müssen, auch wenn die Kassensatzung bestimmt, daß das Wochengeld gegen Vorlegung einer Bescheinigung des Standesamts über die Eintragung des Geburtsfalles gezahlt wird. Ist übrigens das Kind totgeboren oder in der Geburt verstorben, so erfolgt die Eintragung nicht im Geburts-, sondern im Sterberegister. Doch wird auch in diesen Fällen eine Bescheinigung erteilt. (§§ 23, 16 Personenstandsgesetz.)

Voraussetzung armenrechtlicher Hilfsbedürftigkeit.

7. **Nach W.** Antwort: Das Einschreiten des Armenverbandes setzt nur Hilfsbedürftigkeit des zu Unterstützenden voraus; dann hat der Armenverband nach eigenem pflichtmäßigen Ermessen die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, insbesondere auch darüber zu befinden, ob der Erkrankte in ein Krankenhaus zu bringen sei. Die Voraussetzung der Hilfsbedürftigkeit in diesem Sinne ist auch gegeben, wenn ein Versicherter von seiner Krankenkasse außerhalb eines Krankenhauses unterstützt wird, während der Armenverband nach den Umständen des Falles Unterbringung in einer Lungenheilstätte für erforderlich erachtet. Der Ersatzanspruch des Armenverbandes nach §§ 1531 ff. RVO. wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß die Unterbringung ohne Verständigung mit der Kasse oder auch nur Rückfrage bei ihr erfolgt ist; denn indem die Kasse die Leistungen außerhalb eines Krankenhauses gewährte, hatte sie schon bekundet, daß sie von ihrem Wahlrecht aus § 184 RVO. keinen Gebrauch zu machen gesonnen war. Danach durfte der Armenverband ohne weiteres Hilfsbedürftigkeit annehmen. Gegen seinen nach §§ 1531 ff. berechneten Ersatzanspruch kann die Kasse auch nicht geltend machen, daß die tatsächlichen Aufwendungen geringer seien.

Wirkung einer irrigen, aber rechtskräftigen Straffestsetzung.

8. **Nach M.** Antwort: Ob eine Bestrafung überhaupt gerechtfertigt war, bedarf keiner Erwägung, da diese Frage durch die nach § 530 Abs. 4 RVO. endgültige Entscheidung des Oberversicherungsamts formell erledigt ist und sich überdies einer zuverlässigen Beurteilung durch uns schon deshalb entzieht, weil uns weder die Entscheidung des Versicherungsamts noch die des Oberversicherungsamts vorliegt. Es kann sich also für uns nur um die Prüfung der Frage handeln, wie etwa der 20 M übersteigende Betrag des Strafgeldes wiedererlangt werden kann. Auch insoweit ist es mißlich, ohne

vollständige Kenntnis der Entscheidungen und ihrer Begründung zu urteilen. Denn wenn es an sich zweifellos zutrifft, daß wegen Verletzung der Abmeldepflicht nicht die Strafvorschrift in § 530 Abs. 1 RVO., sondern nur diejenige in Abs. 2 anwendbar ist, welche als Höchststrafe 20 M vorsieht, so wäre es doch denkbar, daß die Versicherungsbehörden zur Festsetzung von 100 M auf Grund irgendwelcher besonderer Erwägungen, insbesondere z. B. deshalb gelangt sind, weil sie mehrere selbständige Verletzungen der Abmeldepflicht angenommen haben. Aber auch wenn der Beschluß des Oberversicherungsamts eine solche Auffassung nicht zulassen, vielmehr lediglich auf einer Rechtsverkennung beruhen sollte, so ist es doch das Wesen der endgültigen Entscheidung, daß sie materielle Rechtskraft, also für die Kasse den „rechtlichen Grund" zur Einziehung der 100 M geschaffen hat (§ 146 RVO.). Deshalb ist ein Anspruch des Bestraften auf Rückzahlung wegen ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB.) ausgeschlossen. Es käme also nur noch die Rückforderung vom Staate wegen fahrlässiger Verletzung einer Amtspflicht durch den für die Entscheidung verantwortlichen Beamten in Frage (§ 839 BGB. und Gesetz vom 1. August 1909, Gesetzsamml. S. 691). Hierbei aber ist zu bedenken, daß nicht jeder Rechtsirrtum als fahrlässig gelten kann. Um Fahrlässigkeit, also Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt (§ 276 BGB.) annehmen zu können, müßte man unterstellen, daß der Beamte den Unterschied zwischen Abs. 1 und Abs. 2 des § 530 RVO. überhaupt nicht beachtet und die Anwendbarkeit des Abs. 1 auf Verletzungen der Abmeldepflicht nur deshalb angenommen hat, weil er die Vorschrift ohne die gebotene Sorgfalt gelesen und daher mißverstanden hat. Wenn er aber bewußt den Abs. 1 auch auf Verletzungen der Abmeldepflicht bezogen hat, z. B. deshalb, weil dort auf § 317 verwiesen ist, der sich doch sowohl auf Anwie auf Abmeldungen bezieht, so würden wir das zwar für irrig, aber nicht für fahrlässig halten. Wie hiernach das ordentliche Gericht, bei dem die Klage gegen den Staat auf Erstattung des bezahlten Strafgeldes anhängig zu machen wäre, urteilen würde, läßt sich nicht absehen.

Erstattungsanspruch der Kasse gegen den Armenverband? — Bloßer Arbeitsversuch?

9. **Nach P.** Antwort: Nach Prüfung des Akteninhalts halten wir die von der Kasse in Erwägung gezogene Rechtsverfolgung für aussichtslos. Auch wenn anzunehmen wäre, daß die Kasse ohne rechtlichen Grund für die Franziska B. eingetreten ist, könnte sie einen Anspruch auf Erstattung der hierdurch erwachsenen Kosten gegen den Armenverband nicht begründen. Denn die gesetzliche Armenpflegepflicht tritt immer nur ganz aushilfsweise ein, und die armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit entfällt, sobald von anderer Seite, sei es auch ohne Rechtspflicht, die erforderliche Fürsorge gewährt wird. Näheres hierüber in Heft 6 S. 119 Ziff. 8.

Wir können auch, nach Lage der Akten, die Auffassung nicht teilen, daß es sich hier um einen bloßen mißglückten Arbeitsversuch handle. Mochte auch die B. schon beim Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis und während seiner Dauer nicht ohne Gefahr der Verschlimmerung ihres chronischen Leidens arbeiten können und daher arbeitsunfähig im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO. gewesen sein, so hat sie doch tatsächlich sieben Wochen hindurch zwar nur leichte Arbeiten verrichtet, aber immerhin ernstliche Arbeit von wirtschaftlichem Belange geleistet und dafür Lohn empfangen. Das genügt zur Begründung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 22 zu § 165 RVO. ArbVers. 1915 S. 758; Entsch. des bayr. LVA. in Monatsschr. für Arb. u. AngestVers. 1918 Sp. 146), selbst dann, wenn bei der Übernahme der Beschäftigung bereits mit der Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung gerechnet wurde, die zur Erhebung von Ansprüchen gegen die Krankenkasse führen könnte (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1911 S. 241, 331, Nachsatz und 1913 S. 841 ff., 847).

Nachzahlung von Kassenbeiträgen wegen Nichtberücksichtigung von Teuerungszulagen.

10. **Nach Paderborn.** Antwort: Teuerungszulagen, die nicht bloß als einmalige oder gelegentliche Leistungen, sondern in regelmäßiger Wiederkehr gewährt werden, gehören zum Entgelt (§ 160 RVO; zu vgl. RVA. in ArbVers. 1917 S. 566, 816), sind also vom Zeitpunkt der Bewilligung ab bei der Bemessung der Kassenbeiträge mit zu berücksichtigen. Ist dies bisher unterblieben, so ist der Unterschied zwischen den richtig berechneten und den bisher erhobenen geringeren Beiträgen für die Zeit seit der Bewilligung nachzuzahlen. Der Einwand des Arbeitgebers, daß er die höheren Beiträge erst „vom Tage der Einforderung" ab zu zahlen brauche, ist haltlos.

Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. kann sich auf einzelne Beschäftigte beschränken.

11. **Nach Gießen.** Antwort: Nach § 169 RVO. sind die dort bezeichneten Beschäftigten versicherungsfrei, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber einer der dort bezeichneten Ansprüche gewährleistet ist. Welchen von seinen Beschäftigten der Arbeitgeber (Reich, Staat, Gemeinde, Versicherungsträger) einen solchen Anspruch gewähren will, ist ihm allein anheimgegeben. Eine Bestimmung, die ihn nötigte, die Befreiung für sämtliche Beschäftigte zu erwirken — entsprechend wie im § 418 Abs. 2 Ziff. 3 RVO. — gilt für die §§ 169, 170, 171 nicht.

Wochenhilfe und Kriegswochenhilfe, wenn das Kind im Ehebruch erzeugt ist.

12. **Nach Neumarkt (Schlesien).** Antwort: Der am 8. 8. 18 entbundenen Versicherten steht der volle satzungsmäßige Anspruch auf Wochenhilfe nebst den besonderen Leistungen auf Grund des § 8 der Bek. v. 3. 12. 14 zu, obwohl ihr Ehemann als Kriegsteilnehmer schon seit August 1915 vermißt ist und es danach ausgeschlossen erscheint, daß er der Erzeuger des Kindes ist. Das Kind gilt als eheliches, solange nicht die Ehelichkeit von dem Manne mit Erfolg angefochten worden ist (§§ 1591 ff. BGB.). Zu vgl. ArbVers. 1915 S. 212 und 715, 1916 S. 344, 1917 S. 111 Entsch. d. RVA.). Daß der Ehemann bisher nicht in der Lage war, die Ehelichkeit des Kindes anzufechten, ändert hieran nichts. Soweit es sich um die satzungsmäßigen Leistungen handelt, ist es überdies ohne Belang, ob das Kind ehelich oder unehelich geboren ist.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1227 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 21. November 1918. Heft 33

Die Arbeiter-Versorgung im neuen deutschen Volksstaat.

Das gewaltige Ereignis, die Umwälzung unseres Staats- und Volkslebens, die sich in der kurzen Zeitspanne zwischen der Fertigstellung des vorigen und dem Erscheinen des vorliegenden Heftes dieser Zeitschrift im Reich und in den Bundesstaaten vollzogen hat, muß einen Widerhall auch in diesen Blättern finden. Nicht freilich in dem Sinne, als ob wir meinten, zu der politischen Bedeutung des Geschehenen hier Stellung nehmen zu müssen, da wir von jeher abgelehnt haben, Parteipolitik im eigentlichen, engeren Sinne zu treiben. Aber eine der vornehmsten Sorgen der neuen Reichsregierung und der künftigen neuen Volksvertretung wird naturgemäß der Pflege und dem Ausbau des Sozialrechts, insbesondere des sozialen Versicherungsrechts, zugewandt sein, das nach unserem Leitwort „dem Schutz und der Würde der Arbeit“ dient. An dieser Aufgabe will die „Arbeiter-Versorgung“ auch fernerhin eifrig und gewissenhaft, mitteilend, aufklärend und anregend mitarbeiten. Und so begrüßen wir es, daß wir schon jetzt einiges über gesetzgeberische Pläne der neuen Regierung auf diesem Arbeitsgebiete mitteilen können.

Am dringlichsten sind, wie Staatssekretär Bauer vom Reichsarbeitsamt sich vor kurzem Vertretern der Gewerkschaften und anderer Interessenverbände gegenüber äußerte, die Fragen, die mit dem Kriege und der Übergangswirtschaft in Zusammenhang stehen. Hierfür ist in erster Linie das Reichswirtschaftsamt zuständig, bei der Erledigung der Arbeiterfrage ist das Reichsarbeitsamt interessiert; es findet deshalb ein reges Zusammenarbeiten beider Ämter auf diesem Gebiete statt. Vor allem wird das Reichsarbeitsamt der Regelung des Arbeitsnachweises sein Interesse zuwenden, ferner soll eine gesetzliche Grundlage für die durch militärische Anordnung errichteten Zentralauskunftsstellen und für eine allgemeine gemeinnützige Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung geschaffen werden. Die Erwerbslosenfürsorge während der Übergangszeit soll alsbald geregelt werden. Als Kriegsmaßnahme steht noch der Erlaß einer Verordnung auf dem Gebiete der Krankenversicherung bevor, wobei es sich um schleunige Heraufsetzung der Verdiensthöchstgrenze handelt. Andere Maßnahmen haben die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden und den Ausbau der Familienhilfe zum Gegenstand. In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist erweiterte Fürsorge und demgemäß Erhöhung der Beiträge nötig. Die Ausdehnung der Versicherung auf die Hausgewerbetreibenden des Bekleidungsgewerbes wird vorbereitet. Auch in der Unfallversicherung sind Zulagen und Erweiterungen in Aussicht genommen. Ein neuer Entwurf des Arbeitskammergesetzes wird beschleunigt fertiggestellt werden; er baut sich auf der räumlichen Grundlage auf und sieht in seinem Rahmen besondere Arbeitskammern für Angestellte vor. Der Arbeiterschutz soll durch Aufhebung des Notgesetzes vom 4. August 1914 gefördert werden. Besonderes Interesse wird der Fürsorge für die Heimarbeiter zugewendet. Die berechtigten Interessen der kaufmännischen, technischen, Bureau- und Bühnenangestellten werden durch Neuregelung und Ausbau der einschlägigen Gesetzesvorschriften gewahrt werden. Die Beseitigung der Ausnahmebestimmungen gegen die Landarbeiter soll schleunigst herbeigeführt werden. Zur tunlichsten Behebung der drohenden Wohnungsnot ist ein dem Reichsarbeitsamt unterstellter Reichskommissar eingesetzt. Im übrigen wird die Wohnungsfrage im Einvernehmen mit anderen Stellen gefördert.

Eine eingehende amtliche Veröffentlichung über das sozialpolitische Programm des Reichsarbeitsamts steht nach einer Mitteilung der „Deutschen Allg. Ztg.“ bevor.

Die Neuregelung der hausgewerblichen Krankenversicherung.

Von L. Brücker, Geschäftsführer des Württembergischen Krankenkassenverbandes in Stuttgart.

I. Geschichte der hausgewerblichen Krankenversicherung.

A. Im Deutschen Reich. — Die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden gehört zu den schwierigsten und zugleich dringendsten Aufgaben der Sozialversicherung. Schwierig ist sie wegen der dem Hausgewerbe eigentümlichen, überaus verwickelten arbeitsrechtlichen Verhältnisse; dringend wegen der besonderen, erhöhten Schutzbedürftigkeit dieser „Ärmsten der Armen“ unter der gewerblichen Arbeiterschaft. Es ist als ein wesentlicher Fortschritt in der sozialpolitischen Anschauung zu betrachten, daß man sich von dem Gedanken der Undurchführbarkeit der Ausdehnungen des gesetzlichen Versicherungszwanges auf das Hausgewerbe im alten Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 lossagte. Man hielt dort (§ 2 Ziff. 4) nur die Möglichkeit offen, durch Ortsstatut die Versicherungspflicht auch auf die Hausindustrie auszudehnen. Durch die Novelle vom 10. April 1892 wurde wenigstens auf die den Hausgewerbtreibenden am nächsten stehenden eigentlichen Heimarbeiter (Akkordaußenarbeiter) die Versicherungspflicht ausgedehnt, jedoch in der Praxis mit meist negativem Erfolg, weil sie wegen ihrer unzulänglichen Abgrenzung von den Hausgewerbtreibenden in den Entscheidungen als solche angesehen wurden. Ein weiterer Versuch der Einführung des Versicherungszwanges für das Hausgewerbe durch die Novelle vom 30. Juni 1900 mißlang. Endlich verlieh die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 in den §§ 466 bis 493 den öffentlichen Bestrebungen nach gesetzlicher Einführung des Versicherungszwanges für das Hausgewerbe vom 1. Januar 1914 ab Erfolg. Neu war allerdings jetzt nur die reichsgesetzliche Regelung, denn seither bestand schon in zahlreichen Gemeinden, hauptsächlich größeren, auf Grund des § 2 (in Verbindung des § 54) des alten Krankenversicherungsgesetzes auf ortsstatutarischer Grundlage die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden. Dem Rechnung tragend, gestattete der § 488 RVO. ausdrücklich solchen Bezirken, die seither die Versicherung der Hausgewerbtreibenden bereits durch statutarische Bestimmung geregelt haben, auf Antrag die Belassung der statutarischen Bestimmung, falls Auftraggeber und Hausgewerbtreibende in ihm ihren Betriebssitz haben und u. a. unter der Voraussetzung, daß die dem Hausgewerbtreibenden zugebilligten Leistungen denen der RVO. mindestens gleichwertig sind.

Davon ist in Württemberg leider kein Gebrauch gemacht worden. Man scheute hier die geringste Zersplitterung des Krankenversicherungsrechts und verkannte allerdings auch die Schwierigkeiten der Regelung der RVO., insonderheit die schwierige Verrechnung der Beiträge und Zuschüsse. Von den beteiligten Interessentengruppen wurde wohl, als es zu spät und nach dem Gesetz nicht mehr angängig war, die Beibehaltung des Ortsstatuts als wünschenswert und gesetzlich möglich erkannt. So traten also in ganz Württemberg mit dem 1. Januar 1914 die einheitlichen reichsgesetzlichen Bestimmungen der RVO. über die hausgewerbliche Krankenversicherung in Kraft. Das Kgl. Württ. Ministerium des Innern veröffentlichte (Amtsblatt 1913 S. 369) einen Nachtrag zur Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen „Für die Hausgewerbtreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten“. Die RVO. stellt in § 162 den Begriff „Hausgewerbtreibende“ fest. Der § 235 erklärt die Hausgewerbtreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten als Mit-

glieder der Landkrankenkassen. Da Württemberg keine Landkrankenkassen kennt, gehören sie nach § 237 RVO. den allgemeinen Ortskrankenkassen an. Wie überall im Reich erkannte man auch hier nur zu bald die einer sach- und sinngemäßen Durchführung entgegenstehenden Schwierigkeiten. Denn es gibt wohl in keiner wirtschaftlichen Betriebsform so viel Feinheiten und Übergangsformen wie in der Hausindustrie. Es liegt in ihren eigentlichen Arbeitsverhältnissen, daß bei ihr durcheinander und häufig zwitterhaft ineinander über- und aufgehen: Selbständigkeit und Abhängigkeit, Hauptberuf und Nebenerwerb, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Unternehmer und Lohnarbeiter, Preis und Lohn, Geschäftsgewinn und Arbeitsverdienst, Leitung und Mitarbeit, Beruf und Gelegenheit, Betriebsstätte und Wohnung, Arbeitsverhältnis und Familienzugehörigkeit, Hilfsperson und Hausgenosse, ständige und Saisonarbeit, Arbeit auf eigene und auf fremde Rechnung, Herstellung für Verbraucher und für Wiederverkäufer usw. All das bringt eine stete Unbestimmtheit und fließende Beweglichkeit in tausend wechselnden Zwischenformen mit sich.

Diese Schwierigkeiten zu beheben, erwiesen sich auch die — zudem erst in zwölfter Stunde und somit für eine vorbereitete Anwendung zu spät erlassenen — Bundesratsverordnungen vom 5. und 20. Dezember 1913 in keiner Weise ausreichend; im Gegenteil: bei aller guter Absicht schufen sie in anderen Punkten nur erhöhte Verwirrnis. Die Krankenkassen waren mit einem weitläufigen und unverhältnismäßig kostspieligen Verwaltungsapparat belastet worden, ohne bei der Umstrittenheit ihrer Ansprüche die nötigen Mittel zur Deckung der angeforderten Leistungen zu bekommen. Die Verwaltungskosten der Kassen erreichten eine unglaubliche Höhe und standen in keinem Verhältnis mehr zu den Einnahmen. Die Art der Listenverrechnung und der Verrechnung mit anderen Kassen war unhaltbar. So wurden die Zuschüsse der Auftraggeber nicht an die Kasse entrichtet, zu der der Versicherte gehörte, sondern zunächst an die Kasse, die für den Betriebssitz des Auftraggebers zuständig war; letztere übermittelte sie dann der wirklich zuständigen Kasse. Der Reichstag hat in einer mit großer Mehrheit angenommenen Resolution Pfeiffer-Quarck „angesichts der großen Rechtsunsicherheit und der wirtschaftlichen Schädigungen, ja vielfach Existenzgefährdungen, welche die Durchführung der Vorschriften der RVO. in vielen Bezirken bezüglich der Krankenversicherungspflicht der selbständigen Hausgewerbtreibenden für die Beteiligten (Auftraggeber wie kleine Gewerbtreibende) mit sich bringt“, an den Reichskanzler das Ersuchen gerichtet, „dem Reichstag bei seinem nächsten Zusammentreten einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch den eine anderweite, den Begriff des versicherungspflichtigen Hausgewerbtreibenden zweifelsfrei feststellende und den Produktionsprozeß der betroffenen Gewerbe nicht lahmlegende Regelung bezüglich der Krankenfürsorge der fraglichen Kategorien getroffen wird“. Bei der angeführten Verhandlung im Reichstag macht der Abgeordnete Bauer (jetzt Vorsitzender der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin) folgende zutreffende Ausführung: „Die Krankenkassen wissen nicht, wie sie die ihnen zugewiesenen Aufgaben erledigen sollten; die Versicherten sowohl wie die Arbeitgeber wissen ihrerseits nicht, welche Rechte und welche Pflichten sie haben und wie die Beitragzahlung geregelt werden soll. So, wie die Dinge sich jetzt entwickelt haben, können sie nicht weitergehen. Schleunige Abhilfe ist notwendig.“ Die Praxis hat gezeigt, daß die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden sich in der Form, wie sie die RVO. vorsah, nicht durchführbar ist. Vielerorts kam sie nach anfänglichen Versuchen völlig ins Stocken, weil die Versicherten teils aus Unkenntnis, teils aus Gleichgültigkeit sich nicht anmeldeten, die Arbeitgeber die Zuschüsse nicht zahlten und die Kassen nicht imstande waren, der verwaltungstechnischen Schwierigkeiten und des passiven und aktiven

Widerstandes von Versicherten und ihren Auftraggebern Herr zu werden.

Nun kam bald der Krieg, der all diesen edlen Bestrebungen ein schnelles Ende bereitete. Das Notgesetz vom 4. August 1914, betreffend die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen bestimmte mit sofortiger Wirkung „Für die Dauer des gegenwärtigen Krieges werden die Vorschriften der RVO. über die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft gesetzt." Damit war das verwickelte Problem mit einem gewaltsamen, raschen und nicht einmal ganz unwillkommenen Schlag aus dem Wege geräumt. Die seitherige Unzulänglichkeit der hausgewerblichen Krankenversicherung erleichterte diesen Schritt, der eine an sich so versicherungsbedürftige Erwerbsgruppe ihres gerade in Kriegszeit doppelt nötigen Versicherungsschutzes beraubte. In der dem Reichstag vorgelegten Begründung wurde mit Recht gesagt, daß die Versicherung der Hausgewerbtreibenden für viele Teile Deutschlands überhaupt erst seit wenigen Monaten in Kraft sei: „In großen Gebieten, z. B. in Groß-Berlin, ist sie noch ganz unvollkommen durchgeführt. Sie macht ihrer technischen Schwierigkeiten halber große Verwaltungskosten und erfordert viel Arbeit, die jetzt bei vielen Krankenkassen nicht mehr geleistet werden kann, da sie nach Einziehung zahlreicher Angestellter durch die Einberufung jetzt nur mit Mühe ihren Betrieb leidlich aufrechterhalten können. Die ordnungsmäßige Zusendung der Listen und Zuschüsse zwischen den einzelnen Krankenkassen ist während des Krieges überhaupt in Frage gestellt. Endlich ist die Versicherung der Hausgewerbtreibenden für die Krankenkassen eine große finanzielle Belastung. So hart es daher ist, so muß man unter diesen Umständen die Versicherung der Hausgewerbtreibenden, die in vielen Fällen während des Krieges doch nicht durchführbar ist, gesetzlich außer Kraft setzen, um die Krankenversicherung aller übrigen Versicherten aufrechtzuerhalten."

So erfolgte also die vorübergehende Außerkraftsetzung der hausgewerblichen Krankenversicherung, „die von der RVO. ein-, aber noch nicht durchgeführt worden war, mit Rücksicht auf die technischen Schwierigkeiten und die durch sie bedingte starke Inanspruchnahme der Kassenmittel". Dieses die allgemeine hausgewerbliche Krankenversicherungspflicht außer Kraft setzende Notgesetz hat aber für eine solche gesetzlose Zeit in seinem § 3 einen gewissen Ausgleich geschaffen und „dafür gesorgt, daß die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden überall dort erhalten bleiben kann, wo sie überhaupt in Kriegszeiten durchführbar ist". Der § 3 des Gesetzes bestimmt, daß auf übereinstimmenden Antrag der Gemeinde und des Krankenkassenvorstandes das Oberversicherungsamt (mit endgültiger Entscheidung) genehmigen kann, daß die hausgewerbliche Krankenversicherung durch statutarische Bestimmung geregelt wird. Ein solches Statut ist weder ein Bestandteil der Kassensatzung noch ein Ortsstatut im Sinne der Gemeindeordnung. Der Gemeindeverband und die Krankenkasse haben in ihrem Antrag vorzuschlagen, wie sie die Krankenversicherung des Hausgewerbes durchführen wollen, sei es durch statutarische Bestimmung — gleichgültig, ob an betreffendem Orte früher bereits ein Ortsstatut wegen Versicherung der Hausgewerbtreibenden bestand oder nicht —, sei es durch Beibehaltung der besonderen Vorschriften der RVO. Für die Regelung können die Vorschriften der RVO. ganz oder teilweise benutzt werden, ihre Anwendung ist aber nicht notwendig.

B. In Württemberg. — Durch ein solches Statut stellten in Württemberg (von insgesamt 63 Gemeindeverbänden) 15 Gemeindeverbände, fast alle Oberamtsbezirke, in denen eine nennenswerte Anzahl von Hausgewerbtreibenden vorhanden ist, fast durchweg nach dem Stuttgarter System die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden wieder her. Nur ein Gemeindeverband (Kirchheim u. Teck) übernahm einen Teil der seitherigen Bestimmungen der RVO. Die

beiden grundlegenden Muster werden hier mitgeteilt:

1. Statutarische Bestimmungen
für die hausgewerbliche Krankenversicherung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Stuttgart während des Krieges.

Auf Grund übereinstimmender Beschlüsse des Gemeinderats und des Bürgerausschusses der Stadt Stuttgart vom 22. Oktober 1914, des Bezirksrats des Amtsoberamts Stuttgart vom 26. Oktober 1914, vorbehältlich der Zustimmung der Amtsversammlung des Amtsoberamts, und des Vorstandes der Allgem. Ortskrankenkasse Stuttgart vom 26. Oktober 1914, sowie mit Genehmigung des Kgl. Oberversicherungsamts Stuttgart vom 2. November 1914 sind für die Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung im Bezirk der Allgem. Ortskrankenkasse Stuttgart nachstehende statutarische Bestimmungen erlassen worden:

1. Hausgewerbtreibende, die im Kassenbezirk ihre eigene Betriebsstätte haben und nicht nach § 168 RVO. versicherungsfrei sind, sowie ihre hausgewerblich Beschäftigten, werden ohne Rücksicht auf den Betriebssitz ihrer Auftraggeber bei der Allgem. Ortskrankenkasse Stuttgart versichert.

Die für die allgemein versicherungspflichtigen Personen geltenden Vorschriften der RVO. und der Kassensatzung finden auf sie nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Anwendung.

2. Die Hausgewerbtreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten erhalten sämtliche Leistungen, wie solche in den §§ 27 ff. der Kassensatzung aufgeführt sind. Für die baren Leistungen ist der nach § 26 der Kassensatzung festgesetzte Grundlohn maßgebend.

3. Die unmittelbaren Auftraggeber der Hausgewerbtreibenden haben diese, die Hausgewerbtreibenden ihre hausgewerblich Beschäftigten an- und abzumelden. Die §§ 317 bis 319, 322, 345, 530, 531, 534 RVO. gelten entsprechend.

4. Für die Beitragszahlung gelten die §§ 393 bis 405 RVO. und die §§ 60 bis 64 der Kassensatzung nach Maßgabe folgender Bestimmungen:

a) Die unmittelbaren Auftraggeber der Hausgewerbtreibenden haben die Beiträge für diese einzuzahlen. Beschäftigen die unmittelbaren Auftraggeber die Hausgewerbtreibenden als Zwischenpersonen im Auftrag Dritter, so können auch die Dritten, sofern sie im Kassenbezirk ihren Betriebssitz haben, auf Zahlung in Anspruch genommen werden, wenn die Zwischenpersonen sie als ihre Auftraggeber bezeichnen oder wenn die Zwischenpersonen mit der Beitragszahlung in Rückstand kommen. In diesem Fall haben die Zwischenpersonen bei Vermeidung der in § 530 Abs. 1 RVO. vorgesehenen Strafe binnen einer Woche nach schriftlicher Zahlungsaufforderung durch die Krankenkasse ihren Auftraggeber zu bezeichnen; diese Verpflichtung entfällt, sobald die Beiträge bezahlt sind. Auf mehrere Zwischenpersonen hintereinander finden diese Bestimmungen sinngemäße Anwendung; die einwöchige Frist beginnt für jede Zwischenperson mit dem Zeitpunkt, in welchem sie die schriftliche Zahlungsaufforderung der Kasse erhält.

b) Die Hausgewerbtreibenden haben die Beiträge für ihre hausgewerblich Beschäftigten einzuzahlen. Für die Einzahlung können auch ihre Auftraggeber in Anspruch genommen werden, wenn die Hausgewerbtreibenden diese bezeichnen oder wenn sie mit der Beitragszahlung in Rückstand kommen. In diesem Fall haben die Hausgewerbtreibenden bei Vermeidung der in § 530 Abs. 1 RVO. vorgesehenen Strafe binnen einer Woche nach schriftlicher Zahlungsaufforderung durch die Krankenkasse ihre Auftraggeber zu bezeichnen; diese Verpflichtung entfällt, sobald die Beiträge bezahlt sind.

c) Die Zeit der Beitragszahlung bestimmt die Kassensatzung.

d) Die Beiträge für die Hausgewerbtreibenden haben zu zwei Dritteln diese selbst, zu einem Drittel ihre Auftraggeber zu tragen. Zwischenpersonen können den auf sie entfallenden Beitragsteil von ihren Auftraggebern erstattet verlangen.

e) Die Beiträge für die hausgewerblich Beschäftigten haben zu zwei Dritteln diese selbst, zu einem Drittel die sie beschäftigenden Hausgewerbtreibenden zu tragen. Die Hausgewerbtreibenden können den auf sie entfallenden Beitragsteil von ihren Auftraggebern erstattet verlangen.

f) Für die Zeit, in der Hausgewerbtreibende vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten, haben sie auch die Beiträge für sich zu zahlen. Die Auftraggeber haften für die von den Hausgewerbtreibenden für diese Zeit zu zahlenden Beiträge nicht. Die Hausgewerbtreibenden haben Anfang und Ende jeder vorübergehenden Beschäftigung für eigene Rechnung bei der Kasse anzuzeigen und die für die Berechnung der auf diese Zeit entfallenden Beiträge erforderlichen Angaben zu machen.

5. Die vorstehenden Bestimmungen gelten vom 4. August 1914 ab.

2. Statut
für die hausgewerbliche Krankenversicherung bei der Allgem. Ortskrankenkasse Kirchheim.

§ 1. — Mit Wirkung vom 4. August 1914 ab wird die hausgewerbliche Krankenversicherung bei der Allgem. Ortskrankenkasse Kirchheim unter Anwendung der Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung für die hausgewerbliche Krankenversicherung weitergeführt.

§ 2. — Die Mittel für die Krankenversicherung werden teils durch Zuschüsse derjenigen aufgebracht, in deren Auftrag und für deren Rechnung hausgewerblich gearbeitet wird (Auftraggeberzuschüsse), teils von den Hausgewerbtreibenden selbst und ihren hausgewerblich Beschäftigten (Beiträge).

§ 3. — I. Die Zuschüsse der Auftraggeber betragen 2 v. H. des Entgelts (§ 160 RVO.).

II. Soweit die in der Liste (473 RVO.) aufgeführten Hausgewerbtreibenden Mitglieder der Kasse sind, werden ihnen die für sie gezahlten Zuschüsse gutgeschrieben.

§ 4. — I. Der Hausgewerbtreibende hat für seine eigene Person die Beiträge allein zu tragen. Für seine hausgewerblich Beschäftigten hat er ein Drittel, die Beschäftigten selbst haben zwei Drittel der Beiträge zu leisten.

II. Der Hausgewerbtreibende hat die Beiträge für sich und seine hausgewerblich Beschäftigten nach den allgemeinen Vorschriften über die Beiträge auf eigene Kosten einzuzahlen. Er darf seinen Beschäftigten bei der Lohnzahlung ihre Beitragsteile vom Barlohn abziehen.

III. Sind Hausgewerbtreibende dauernd nur für denselben Auftraggeber beschäftigt, so kann er, wenn

sie zustimmen, auch ihre Beiträge einzahlen. Er kann dann die Beiträge von Hausgewerbtreibenden in der gleichen Weise einziehen, wie ein Arbeitgeber den Beitragsteil vom Versicherten. Die Zahlung des Entgelts steht dabei der Lohnzahlung gleich.

§ 5. — I. Als Grundlohn dient der Ortslohn.

II. Die Beiträge betragen bis auf weiteres 2½ v. H. des Ortslohns.

§ 6. — I. Die Kasse hat dem Hausgewerbtreibenden auf seinen Antrag zu gestatten, daß er die Beiträge in doppeltem Betrag einzahlt. Der Beitragsteil seiner hausgewerblich Beschäftigten wird dadurch nicht geändert.

II. In diesem Falle werden dem Hausgewerbtreibenden die für ihn einkommenden Zuschüsse ausgezahlt oder verrechnet. Die Zuschüsse werden auch Hausgewerbtreibenden ausgezahlt oder verrechnet, die wegen anderer versicherungspflichtiger Beschäftigung versichert sind.

§ 7. — Die hausgewerblichen Versicherten erhalten die satzungsmäßigen Leistungen (§ 21), soweit nicht im folgenden etwas besonderes bestimmt ist.

§ 8. — I. Soweit bei der Bemessung der baren Kassenleistungen für die Hausgewerbtreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten der Grundlohn in Frage kommt, dient als Grundlohn der Ortslohn.

II. Als Krankenhilfe wird neben der Krankenpflege ein Krankengeld gewährt. Seine Höhe richtet sich nach dem Betrage der dem Hausgewerbtreibenden gutgeschriebenen Auftraggeberzuschüsse (§ 3 Abs. 2). Dabei verhält sich das Krankengeld zum gesetzlichen Krankengelde wie der Betrag der im letzten Geschäftsjahr dem Hausgewerbtreibenden gutgeschriebenen Zuschüsse zu dem aller Beiträge, die der Hausgewerbtreibende für diese Zeit gezahlt hat; ein höheres Krankengeld, als im § 26 Nr. 2 (der Satzung) bestimmt ist, wird nicht gewährt. Bestand die Versicherung erst kürzere Zeit, so werden nur die Beiträge dieser Zeit der Berechnung zugrunde gelegt.

III. Was für Krankengeld gilt, gilt auch für die anderen Barleistungen der Kasse, mit Ausnahme des Sterbegeldes.

§ 9. — Macht der Hausgewerbtreibende von der Befugnis des § 6 Gebrauch, so haben er und seine versicherungspflichtig Beschäftigten Anspruch auf die vollen Leistungen, welche die Satzung für hausgewerbliche Versicherte vorschreibt.

§ 10 — Der Anspruch auf Kassenleistungen entsteht erst nach einer Wartezeit von sechs Wochen. Liegt eine frühere Mitgliedschaft nicht länger als 26 Wochen zurück, so wird ihre Dauer auf die Wartezeit angerechnet.

§ 11. — Im übrigen sind die Bestimmungen des Bundesrats über die hausgewerbliche Krankenversicherung maßgebend.

Das Kgl. Württ. Oberversicherungsamt begrüßte in seinem Erlaß vom 23. Juni 1915 (K. 7 I. 38) die Wiedereinführung der hausgewerblichen Krankenversicherung auf diesem Wege lebhaft und empfahl das Stuttgarter und Kirchheimer System zur Nachahmung. Der Württ. Krankenkassenverband schlug den seinem Verbande angeschlossenen, d. h. sämtlichen allgemeinen Ortskrankenkassen Württembergs, in einem Rundschreiben vom 2. Juli 1915 das einfache und bewährte Stuttgarter System vor, das in der folgenden Zeit auch von zahlreichen Krankenkassen des Reichs übernommen wurde. Das Statut der Allgem. Ortskrankenkasse Stuttgart hat sich in der Praxis seither deshalb so bewährt, weil es die größtmögliche Anlehnung an die allgemeine Regel des II. Buches der RVO. anstrebt. Dadurch ist die schwierige Durchführung nach der RVO. bedeutend vereinfacht. So ist es nicht einmal mehr erforderlich, daß die Hausgewerbtreibenden in den Listen der Kassen besonders geführt werden; sie werden in jeder Beziehung den übrigen Kassenmitgliedern gleichgestellt. Stuttgarter Auftraggeber, Zwischenpersonen und Hausgewerbtreibende sind mit der Regelung des Meldewesens und der Beitragseinzahlung der Allgem. Ortskrankenkasse Stuttgart einverstanden. Die Auftraggeber dort haben in einer Versammlung allgemein der zur Zeit bestehenden Regelung den Vorzug gegeben und ihre Abneigung gegen die Einreichung der Zuschußlisten, deren Fertigung sie als lästig und zeitraubend finden, bezeichnet.

Nach dem Stuttgarter System werden die Hausgewerbtreibenden, die im Kassenbezirke ihre eigene Betriebsstätte haben und nicht nach § 168 RVO. versicherungsfrei sind, ohne Rücksicht auf den Betriebssitz ihrer Auftraggeber bei der Allgem. Ortskrankenkasse versichert. Dabei finden auf die für die allgemein versicherungspflichtigen Personen geltenden Vorschriften der RVO. und der Kassensatzung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Anwendung: Die Hausgewerbtreibenden erhalten sämtliche Leistungen wie die allgemein Versicherungspflichtigen. Für die Barleistungen ist der für die allgemein Versicherungspflichtigen festgesetzte Grundlohn maßgebend. Die unmittelbaren Auftraggeber der Hausgewerbtreibenden haben diese, die Hausgewerbtreibenden ihre hausgewerblich Beschäftigten an- und abzumelden. Die §§ 317 bis 319, 322, 345, 530, 531, 534 RVO. gelten ent-

sprechend. Für die Beitragszahlung gelten die §§ 393 bis 405 RVO. und die Bestimmungen der Kassensatzung über die Zahlung der Beiträge. Im übrigen vgl. die Stuttgarter Satzung oben S. 645.

Die Stuttgarter Regelung ist der Berliner vorzuziehen, und zwar deshalb, weil sie noch wesentlich einfacher ist und die hausgewerblich Versicherten den allgemein Versicherten prinzipiell gleichstellt. Das Villinger Statut und der Sonneberger Entwurf sind natürlich von vornherein abzulehnen.

II. Neuregelung.

Die bis jetzt aufgestellten Ortsstatute zeigen übereinstimmend, daß die Mannigfaltigkeit der Formen der Heimarbeit nicht derart ist, daß sie grundsätzlich abweichende Bestimmungen notwendig machte. Die Erfahrungen, die von den Kassen, welche die hausgewerbliche Krankenversicherung durch Statut geregelt haben, gemacht wurden, sind unerwarteterweise so günstig, daß eine allgemein statutarische Regelung sich sehr empfiehlt, und zwar auch in solchen Bezirken, in welchen die hausgewerbliche Bevölkerung weniger stark vertreten ist. Durch eine statutarische Regelung nach allgemeinen, von Reichs wegen festzusetzenden Normen wird den oft recht verschieden gearteten örtlichen Verhältnissen des Hausgewerbes Rechnung getragen. Wenn auch eine Reichsvorschrift diesen Statuten eine ziemliche Bewegungsfreiheit lassen sollte, z. B. Abweichungen von den allgemeinen Bestimmungen der RVO. zuläßt, so sollte doch diese Freiheit nicht eine unbeschränkte sein, sondern sich mehr auf die äußere Form und die Technik des Versicherungsverhältnisses erstrecken und soll nicht dessen materiellen Inhalt ändern, insbesondere nicht die Rechte und Pflichten der Beteiligten nach Wesen und Maß weitgehend umgestalten. Dabei müßten die Rechte und Pflichten auf die Auftraggeber und die Hausgewerbtreibenden nach Billigkeit verteilt und einseitige Belastungen des einen wie des anderen Teiles vermieden werden. Die reichsrechtlichen Bestimmungen müssen gewisse Mindestforderungen aufstellen und subsidiär etwaige Lücken schließen.

Ein wichtiger Grund, die hausgewerbliche Krankenversicherung der allgemeinen Krankenversicherung möglichst anzupassen, ist, daß die zahlreichen Hausgewerbtreibenden die sich von den Werkstattarbeitern kaum unterscheiden, nicht schlechter gestellt sein sollten als letztere und insbesondere nicht schlechter als die sich häufig kaum unterscheidenden Heimarbeiter.

Die bis jetzt bekanntgewordenen Ortsstatuten sind gewiß nicht frei von Unzulänglichkeiten. Diesen Mangel müßte der von Reichs wegen festzulegende Gesetzesmantel beseitigen. Dieser Mantel müßte vor allem die Hauptgrundsätze der hausgewerblichen Krankenversicherung festlegen, z. B.:

a) Hausgewerbtreibende sind die in § 162 RVO. näher bezeichneten Personen und diejenigen Personen, welche in gleicher Weise im Auftrag und für Rechnung des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, anderer öffentlicher Verbände und öffentlicher Körperschaften und von Wohltätigkeitsveranstaltungen wie vom Roten Kreuz, vom Vaterländischen Frauenverein u. dgl. arbeiten.

Arbeitgeber (Auftraggeber, Zwischenmeister) von Hausgewerbtreibenden ist jeder, der an Hausgewerbtreibende Arbeit vergibt.

Auftraggeber ist derjenige, in dessen Auftrag und für dessen Rechnung gewerbliche Erzeugnisse angefertigt und bearbeitet werden. Personen, die für eigene Rechnung und gleichzeitig für Rechnung Dritter Waren anfertigen lassen, gelten nur insoweit als Auftraggeber, als sie die Erzeugnisse für sich herstellen lassen. Die innerhalb der Betriebsräume eines Hausgewerbtreibenden arbeitenden Personen sind Werkstattarbeiter und unterliegen der allgemeinen Versicherungspflicht. Damit fällt der nie klar umschriebene Begriff des hausgewerblich Beschäftigten ganz fort.[1])

---

[1]) Hausgewerbtreibende sind also 1. die Zwischenmeister, 2. die vom Zwischenmeister außerhalb Beschäftigten, 3. die unmittelbar vom Fabrikanten außer-

b) Sämtliche Hausgewerbtreibende, die nicht nach § 168 RVO. versicherungsfrei sind, unterliegen der Versicherungspflicht.

c) Versicherung aller in hausgewerblichen Betriebsstätten, einschließlich der mithelfenden Hausgenossen, tätigen Personen erfolgt ausschließlich nicht bei der Landkrankenkasse, sondern bei der allgemeinen Ortskrankenkasse, der sie nach ihrer Eigenschaft als gewerbliche Arbeiter auch zugehören.

d) Die hausgewerblichen Versicherten haben Anspruch auch auf die Mehrleistungen. Der Grundlohn ist nach dem Entgelt wie bei den allgemein Versicherungspflichtigen abzustufen.

e) Meldepflichtig ist der unmittelbare Arbeitgeber. Ob er selbst Fabrikant oder Zwischenmeister ist, ist gleichgültig. Die An- und Abmeldung der hausgewerblichen Versicherten hat nach denselben Grundsätzen zu erfolgen, wie die der allgemein Versicherten. Die hausgewerblich Beschäftigten sind von Hausgewerbtreibenden, die Hausgewerbtreibenden (also meistens die Zwischenmeister) vom Fabrikanten zu melden. Verlegt ein hausgewerblich Versicherter seinen Betriebssitz in einen anderen Ort, so ist dies zu melden; unter Umständen ist er bei der seitherigen Kasse ab- und bei einer anderen Kasse anzumelden. Die Strafvorschriften §§ 530 und 531 RVO. gelten entsprechend, wobei die Ausnahmestellung der Hausgewerbtreibenden (§ 531 Abs. 2 RVO.) fallen zu lassen ist.

f) Die Mittel werden durch vom Arbeitgeber einzuzahlende Beiträge unter sekundärer Haftung des Auftraggebers, wie bei den allgemein Versicherungspflichtigen, aufgebracht, die zu zwei Dritteln vom Arbeiter und zu einem Drittel vom Arbeitgeber getragen werden. Der Arbeitgeber zieht die Beitragsteile des Versicherten bei der Lohnzahlung (Bezahlung des Entgelts) am Barlohn ab.

g) Der Grundlohn wird bemessen nach dem wirklich erzielten durchschnittlichen Arbeitsverdienst (Entgelt) oder dem Verdienst gleichartiger Arbeiter. Die Einreihung erfolgt in die bei der Kasse allgemein geltenden Lohnstufen nach diesem Grundlohn.

Kassen, bei denen nachweislich die Leistungen für eine größere Anzahl von hausgewerblich Versicherten die Beiträge deshalb übersteigen, weil deren Grundlohn niedriger ist als der Ortslohn, können für diese hausgewerblich Versicherten den Ortslohn als Grundlohn bestimmen. Diese Satzungsbestimmung bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts.

h) Mithelfende Familienangehörige der Hausgewerbtreibenden oder der hausgewerblich Beschäftigten, sofern sie nicht überhaupt versicherungspflichtig sind, sind nach §§ 176 ff. RVO. versicherungsberechtigt.

i) Für die vor dem 4. August 1914 versichert gewesenen Hausgewerbtreibenden gilt die Zeit bis zum Wiedereintritt der Versicherung nicht als Unterbrechung der Mitgliedschaft. —

Eine besondere Versicherungsgrenze nach oben festzulegen, ist nicht notwendig und

halb Beschäftigten — also gewissermaßen „jeder, der nicht unmittelbar für Kundschaft arbeitet". Nicht dagegen gehören hiernach zu den Hausgewerbtreibenden die innerhalb der Betriebsräume eines Hausgewerbtreibenden arbeitenden Personen; diese sind vielmehr Werkstattarbeiter und unterliegen als solche nicht der hausgewerblichen, sondern der allgemeinen Versicherungspflicht. Die außerhalb des Hauses von einem Hausgewerbtreibenden beschäftigten Personen sind indes wiederum Hausgewerbtreibende.

Arbeitgeber von Hausgewerbtreibenden ist jeder, der an Hausgewerbtreibende Arbeit vergibt, also der Fabrikant wie der Zwischenmeister selbst, der vom Fabrikanten Arbeit zugewiesen bekommt und seinerseits auch wieder Arbeit vergibt.

Auftraggeber ist derjenige, in dessen Auftrag und für dessen Rechnung gewerbliche Erzeugnisse angefertigt oder bearbeitet werden: also der Fabrikant, nicht aber der Zwischenmeister (soweit dieser nicht etwa auch für eigene Rechnung arbeiten läßt).

Der Fabrikant ist also Auftraggeber gegenüber den von ihm unmittelbar außerhalb Beschäftigten und, soweit er mit Zwischenpersonen arbeitet, sowohl gegenüber der Zwischenperson wie gegenüber den von dieser Beschäftigten. Der Fabrikant ist Arbeitgeber von Hausgewerbtreibenden nur gegenüber den unmittelbar von ihm Beschäftigten bzw. gegenüber dem Zwischenmeister; er ist aber nicht Arbeitgeber gegenüber den vom Zwischenmeister Beschäftigten; für diese ist der Zwischenmeister Arbeitgeber.

Der Zwischenmeister (Ausgeber, Meister, Faktor, Inhaber einer Arbeitsstube usw.) ist Auftraggeber überhaupt nicht. Der Zwischenmeister ist Arbeitgeber von Hausgewerbtreibenden gegenüber den von ihm außerhalb seiner Betriebsstätte Beschäftigten. Der Zwischenmeister ist aber grundsätzlich auch selbst Hausgewerbtreibender.

würde nur wieder eine Sonderbestimmung sein. Eine Versicherungsgrenze nach unten ist durch die RVO. in § 168 und die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. November 1913 bestimmt. Über Erwerb, Verlust und die Fortdauer der Mitgliedschaft gelten die allgemeinen Bestimmungen der RVO.

Durchaus bewährt hat sich der in der RVO. § 466 gewählte Weg, nach dem der Hausgewerbtreibende ohne Rücksicht auf den Betriebssitz des Arbeit- oder Auftraggebers bei der Kasse versichert ist, in deren Bezirk er seine eigene Betriebsstätte hat, so daß er beizubehalten ist. Diese Regelung ist durchaus zweckmäßig, da der Hausgewerbtreibende vielfach weitab von dem Sitz des Unternehmers arbeitet. Die Krankenkontrolle und der so wichtige persönliche Verkehr zwischen der Kasse und den Versicherten würde durch die Angliederung des Hausgewerbtreibenden an die Krankenkasse des Betriebssitzes des Unternehmers wesentlich erschwert.

Wichtig ist ferner die Feststellung der Pflichten und Rechte der Arbeit- und Auftraggeber, deren Betriebssitz sich nicht mit dem Betriebssitz ihrer Hausgewerbtreibenden deckt. Heute versichern manche Kassen nur die Hausgewerbtreibenden, deren Arbeitgeber seinen Betriebssitz am gleichen Ort oder im gleichen Bezirk hat; dadurch entstehen natürlich manche Lücken und eine nicht unbeträchtliche Zahl von Hausgewerbtreibenden bleibt unversichert. Solche einengende Bestimmungen müssen fallen; der auswärtige Arbeiter bzw. Auftraggeber ist in gleicher Weise wie derjenige zu behandeln, der seinen Betriebssitz am Betriebsort des Hausgewerbtreibenden hat. Andererseits muß Versuchen vorgebeugt werden, die auswärtigen Arbeit- bzw. Auftraggeber durch höhere Beiträge zu belasten, weil eine solche Vorschrift die Arbeitsgelegenheit der Hausgewerbtreibenden beeinträchtigt und Lohndruck herbeiführt.

Wie wenig Interesse die Landkrankenkassen an der hausgewerblichen Krankenversicherung haben, zeigt sich darin, daß wohl ausnahmslos die Kriegssatzungen von den allgemeinen Ortskrankenkassen geschaffen sind, die auf diesem Gebiet die Führung ergriffen haben und allein über die notwendige Praxis verfügen.

Die Krankengeldzahlung nach § 482 RVO. ist ganz undurchführbar und darf in dieser Form nicht mehr kommen. Je höher nämlich der Ortslohn und je höher also die Beiträge waren, um so ungünstiger gestalteten sich bei niedrig entlohnten Hausgewerbtreibenden die Barleistungen. Eine Berechnungsart, wie sie widersinniger nicht gedacht werden kann. Bei nur nebenher beschäftigten Hausgewerbtreibenden kann hier das Krankengeld zu Sätzen herabsinken, die überhaupt keine Verrechnung mehr lohnen.

Die seitherige Bestimmung des Sichselbstanmeldens der Hausgewerbtreibenden hat sich nicht bewährt. Zahllose Hausgewerbtreibende meldeten sich nicht, weil sie von dieser Bestimmung keine Ahnung hatten und sich darauf verließen, daß sie wie alle anderen Arbeiter von ihrem Arbeitgeber gemeldet würden, oder weil sie sich den für sie drückenden Lasten entziehen wollten und der Neueinbeziehung wenig Verständnis entgegenbrachten. Das alles war um so schwerwiegender, als die Mitgliedschaft nicht mit dem Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung, sondern mit der Eintragung in das Mitgliederverzeichnis der Krankenkasse begann, nicht gemeldete Hausgewerbtreibende also überhaupt nicht versichert waren. Die Pflicht des Arbeitgebers, allmonatlich Listen der von ihm beschäftigten Hausgewerbtreibenden einzureichen, bot keinen genügenden Ausgleich.

Die Hausgewerbtreibenden mußten ihre Beiträge selbst einzahlen. Das bedeutete nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Kassenverwaltungen eine erheblich vermehrte Mühewaltung. Statt mit e i n e m Arbeitgeber mit über Hunderten von Arbeitern abzurechnen, war die gesonderte Annahme von zahlreichen kleinen Einzahlungen erforderlich. Die Beitreibung rückständiger Beiträge war schwierig, oft erfolglos, und

vermehrte die Verwaltungskosten der Kassen erheblich; auch ergaben sich beträchtliche Ausfälle. Andererseits bedeutete es für die Hausgewerbtreibenden einen recht großen Zeitverlust; auch empfanden sie die Beitragszahlung vielmehr als Belastung, als wenn ihnen die kleinen Beiträge bei den Lohnzahlungen abgezogen worden wären.

Vom System der Zuschüsse muß unbedingt abgegangen werden, da es nicht durchführbar ist und auch äußerst ungerecht wirkt, die Zuschüsse auch häufig nicht eingingen. Die Auftraggeber wälzen die ihnen auferlegten Lasten auf die Zwischenmeister und Hausgewerbtreibenden, die sie nicht tragen können und wollen, ab. Die hausgewerblich Beschäftigten zahlten die Beiträge zum großen Teil nicht ein.

Die Bestimmung des § 490 RVO. für den Fall der Leistungsfähigkeit der Hausgewerbtreibenden sollte bestehen bleiben.

In einer ganzen Reihe von Gemeindeverbänden im Deutschen Reich ist die hausgewerbliche Krankenversicherung in Anpassung an die örtlichen Verhältnisse durch Ortsstatuten wieder eingeführt, die für die notwendige Umgestaltung der reichsgesetzlichen Regelung ausgezeichnete Vorbilder abgeben. So ist der Gesetzgeber heute in der glücklichen Lage, auf Grund wertvollen Erfahrungsmaterials vorgehen zu können. Den Kassen sollte die Möglichkeit belassen werden, die schon bestehenden Ortsstatuten, sofern sie gewissen Mindestforderungen genügen, beizubehalten. Das Grundprinzip der neuen Regelung sollte soweit wie irgend möglich eine völlige Gleichstellung der Hausgewerbtreibenden mit den übrigen Versicherten sein. Im neuen Gesetz der hausgewerblichen Krankenversicherung müssen vor allem möglichst alle Kompliziertheiten, möglichst alle Unterscheidungen von der Versicherung der allgemein Versicherungspflichtigen und alle Unterscheidungen innerhalb der hausgewerblichen Krankenversicherung selbst wegfallen, also keine Scheidung zwischen Hausgewerbtreibenden und hausgewerblich Beschäftigten, zwischen Hausgewerbtreibenden und sonstigen Lohnarbeitern, zwischen Hausgewerbtreibenden mit zwei Hilfspersonen und mehr und Hausgewerbtreibenden mit weniger als zwei Hilfspersonen, zwischen Hausgewerbtreibenden, die für einen Zwischenmeister oder einen Unternehmer arbeiten oder ihre Arbeit aus dritter Hand bekommen, kein Unterschied in der Meldepflicht, in der Mitgliedschaft (keine Listenmitgliedschaft), in der Kassenzugehörigkeit (nicht Landkrankenkasse, sondern allgemeine Ortskrankenkasse), in der Beitragszahlung, im Empfang der Leistungen (besonders der Barleistungen), in der Grundlohnfestsetzung (nicht Ortslohn, da für die Hausgewerbtreibenden mit niedrigen Einnahmen an Orten mit hohen Ortslöhnen eine schwere Schädigung), keine Auftraggeberzuschüsse (da oft Krankengeld gleich Null, wenn Auftraggeber ihrer Zuschußpflicht nicht nachkamen).

In diesen seitherigen, größtenteils recht unnötigen und verkünstelten Unterscheidungen lagen die Schwierigkeiten der Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung. Die Ortsstatuten sollten nur die unbedingt notwendigen Bestimmungen enthalten und nicht das wiederholen, was für die verschiedenen Versichertengruppen gemeinsam gilt. Statt der Bezeichnung „Statut" dürfte immer das Wort „Satzung" zu setzen sein. Die hausgewerbliche Krankenversicherung ist dem einfachen Aufbau, der dem Wesen der Krankenversicherung entspricht, einzuordnen.

Zur Gleichstellung der hausgewerblichen Krankenversicherungspflichtigen mit den übrigen Versicherungspflichtigen ist noch folgendes zu sagen:

Der Grundlohn richtet sich nach dem Entgelt. Den Ortslohn als Grundlohn zugrunde zu legen, würde dieselben Unebenheiten und offensichtlichen Benachteiligungen zahlreicher Versicherter und der Versicherungsträger zur Folge haben, die jedem Praktiker aus jener Zeit noch in unangenehmer Erinnerung sind, in welcher bei vielen Krankenkassen die Lohnklassen nicht nach dem wirklichen Arbeitsverdienst, son-

dern nach Alter und Geschlecht der Versicherten unter Berücksichtigung des ortsüblichen Tagelohns gebildet wurden.

Die Arbeitgeber werden selbst bei ziemlich regem Wechsel des Auftraggebers mit weniger Arbeit belastet, als bei jenem System der Lohnlisteneinreichung. Die den Arbeitgebern vor allen Dingen unangenehme Möglichkeit des Einblicks Fernstehender in ihre Betriebe ist fast vermieden. Der Versicherte und der Arbeitgeber sind über Beitragspflicht und Unterstützungsansprüche besser orientiert, weil sich diese an die ihnen geläufigen, alten Bestimmungen der jeweiligen Kassensatzung innig anlehnen. Die Kassenverwaltungen hingegen haben den Vorteil der einheitlichen Buchführung. Die Anzahl und Art der Satzungsbestimmungen wird nicht vermehrt. Dadurch werden namentlich die Verwaltungen kleiner Kassen mit wenig geschultem Dienstpersonal nicht neu und unerträglich belastet. Vor allen Dingen sind Bestrebungen, den hausgewerblich Versicherten im Anspruch seiner Leistungen, ihm nämlich nur die Regelleistungen zuzubilligen, schlechter zu stellen als die übrigen Versicherten, unsozial, weil sie für die Krankenkassen zum Teil schlechtere Risiken sind. Das geschieht aber doch für die sonstigen schlechten Risiken der Kassen auch nicht! Die menschenfreundlichen Bestrebungen auf allgemeine Einführung der Familienhilfe ohne Sonderbeitrag stehen mit einer Schlechterstellung der hausgewerblich Versicherten nicht gerade sehr im Einklang. Für Krankenkassen mit Familienhilfe zählen die hausgewerblich Versicherten meist zu den besseren Risiken, weil letztere sich vorwiegend aus weiblichen Familienangehörigen und Kindern der sonstigen Versicherungspflichtigen der Kasse rekrutieren. Nachdem durch die RVO. die unselige Zersplitterung im Kassenwesen nahezu verschwunden ist, seitdem größere, leistungsfähigere Einheiten Träger der Krankenversicherung geworden sind, gibt es vollends keinen stichhaltigen Grund mehr, einer einzelnen Berufsgruppe die durch ungünstigere Arbeits- und Lebensbedingungen verursachte größere Gesundheitsgefährdung rechnerisch nachzutragen und ihr obendrein höhere Beiträge aufzubürden. Der Grundsatz „Einer für alle, alle für einen" muß gerade in der Krankenversicherung uneingeschränkt Geltung behalten.

Die von Verschiedenen wegen großen Wechsels der Auftraggeber und wegen der Beziehungen zu mehreren Arbeitgebern als undurchführbar bezeichnete Verpflichtung der Arbeitgeber zur Erstattung der An- und Abmeldungen wird einen günstigen Einfluß auf die stabilere Gestaltung der Arbeitsverhältnisse ausüben. Die Unterstellung aller Beschäftigten unter die Versicherungspflicht und die damit vollzogene unbedingte Gleichstellung mit den übrigen Lohnarbeitern wird namentlich an kleineren Plätzen die Frauen und Töchter der Beamten, Lehrer, Handelsangestellten und kleinen Geschäftsleute veranlassen, vom Arbeitsmarkt abzutreten. Dadurch würde das lohndrückende Element wesentlich geschwächt, das diese Kreise bisher bildeten, da sie nicht um den eigentlichen Lebensunterhalt, sondern zumeist um kleine, persönliche Sonderbedürfnisse erwerbstätig waren. Die Einführung der Arbeiterversicherungsgesetze hat unbestritten einen gewissen Einfluß auf die Arbeitsverträge gehabt. Diese Erfahrung wird auch hier wieder neue Bestätigung finden.

Die Gleichstellung der hausgewerblichen Krankenversicherung mit der Krankenversicherung der allgemeinen Versicherungspflichtigen ist klar und einfach und entspricht den Bedürfnissen der Versicherten am besten. Diese unbedingte Gleichstellung ist der erste und auch kürzeste Weg, den die Reichsregierung den Versicherungsträgern als Richtschnur zeigt, als Ausnahme hält sie ihnen aber noch durch ganz besondere Umstände gebotene Wege offen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Verjährungs- und Vorlegungsfristen.

Vom 31. Oktober 1918 (RGBl. S. 1283).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Ansprüche der in

1. der Verordnung über die Verjährungsfristen vom 4. November 1915 (RGBl. S. 732) ...

bezeichneten Art, die noch nicht verjährt sind, verjähren nicht vor dem 31. Dezember 1919.

Anmerkung: Auf die Bedeutung der Verordnung vom 4. November 1915 (und der weiterhin erfolgten Verlängerung in der Verjährungsfrist) für Ansprüche auf Leistungen der Krankenversicherung haben wir bereits hingewiesen, zuletzt im Jahrgang 1917 S. 796; zu vgl. auch Jahrg. 1916 S. 815 Ziff. 10.

Lehrling oder Schülerin?

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. Mai 1918 (Amtl. Nachr. 1918 S. 453).

Die Klägerin hat in der Zeit vom 12. Februar bis zum 17. März 1917 an einem auf zwei Monate bemessenen Kursus zur Erlernung des Fernsprechdienstes in dem dem Fernsprechamte F. angegliederten Schulamt teilgenommen. In dieser Zeit führte sie die Bezeichnung: Telegraphenanwärterin. Ihr Ausscheiden erfolgte, weil sie eine am Tage ihres Ausscheidens abgehaltene Zwischenprüfung, von der ihre weitere Belassung abhängig war, nicht bestanden hatte. Mitte März 1917 ist sie erkrankt. Durch ihre Unterbringung im Krankenhaus und einen Kuraufenthalt sind Kosten entstanden, deren Erstattung sie von der beklagten Postkrankenkasse beansprucht. Sie ist in allen Instanzen abgewiesen worden, vom RVA. aus folgenden Gründen:

Es kann dahingestellt bleiben, welche Ansprüche der Klägerin gegen die beklagte Postkrankenkasse zuständen, wenn sie krankenversicherungspflichtig gewesen wäre, weil es an dieser Voraussetzung fehlt. Da die Klägerin einen Entgelt für ihre Tätigkeit nicht bezogen hat, so würde Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 2 RVO. nur dann bestanden haben, wenn sie als Lehrling zu betrachten gewesen wäre. Das ist aber nicht angängig. Eine gesetzliche Begriffsbestimmung des Lehrlings ist nicht vorhanden. Die Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen (Amtl. Nachr. 1912 S. 721) bezeichnet in Ziff. 39 als Lehrlinge diejenigen, welche zum Zwecke ihrer Fachausbildung in ein Beschäftigungsverhältnis getreten sind. Der gleiche Zweck, nämlich die Erlangung einer Fachausbildung, kann auch durch den Besuch einer Lehranstalt verfolgt werden. In diesem Falle ist der Unterwiesene aber nach allgemeiner Verkehrsauffassung nicht als Lehrling, sondern als Schüler anzusehen. Der Unterschied liegt, wie auch die angeführte Begriffsbestimmung erkennen läßt, darin, daß der Lehrling zu seinem Lehrherrn in einem Beschäftigungsverhältnisse steht, daß er nicht nur, wie der Schüler, aus Gründen der Schulordnung zum regelmäßigen Besuche der Unterrichtsstunden und zur Erledigung von Schulaufgaben gehalten, sondern während der Lehrzeit zur Arbeit im Betriebe des Lehrherrn bzw. im Dienste der mit der Unterweisung befaßten Behörde verpflichtet ist. Demgemäß erfolgt auch die Unterweisung des Lehrlings bei Gelegenheit der Betriebstätigkeit, indem er zu den Arbeiten des ausbildenden Betriebs oder der ausbildenden Dienststelle zugezogen und daran nach Maßgabe des jeweiligen Grades seiner Leistungsfähigkeit beteiligt wird. In dem wirtschaftlichen Werte, den die Mitarbeit des Lehrlings, zumal in seiner späteren Lehrzeit, hat, besteht regelmäßig ganz oder teilweise die dem Lehrherrn zufließende Gegenleistung für die dem Lehrling erteilte Unterweisung. Im Gegensatze hierzu wird der Schüler nach einem bestimmten Lehrplan methodisch in schulmäßiger Weise ausgebildet. Beispielsweise ist der künftige Kaufmann oder Handlungsgehilfe so lange nicht als Handlungslehrling zu betrachten, als er seine Ausbildung auf einer Handelsschule oder ähnlichen Bildungsanstalt erhält. Die gleiche Auffassung muß vorliegend Platz greifen. Der amtlich so bezeichnete zweimonatige Kursus zur Erlernung des Fernsprechdienstes trägt einen vollständig schulmäßigen Charakter. Er findet in einem besonderen, von den Betriebsräumen des Fernsprechamts abgetrennten Schulamt statt, von dessen zwei Zimmern das eine, mit Schulbänken und sonstigem Zubehör einer Schulstube ausgestattet, der mündlichen Belehrung und Erläuterung dient, während das zweite mit Versuchsfernsprechapparaten versehen ist, die durchweg nur zu Lehrzwecken und in keiner Weise zum Verkehr mit dem Publikum benutzt werden. Die Unterweisung erfolgt nach einem bestimmten Plane durch als Lehrerinnen bezeichnete Personen. Nach etwa fünfwöchiger Ausbildungszeit findet eine mündliche und schriftliche Prüfung statt, von deren Bestehen die weitere Zulassung zum Besuche des Kursus abhängt. Mit dem Fernsprechbetriebe kommen die Anwärterinnen bis dahin regelmäßig in keine Berührung. Bei dieser Sachlage kann von einem Lehrlingsverhältnisse keine Rede sein.

Diese Auffassung würde auch dadurch nicht berührt werden, daß die Klägerin, wie sie behauptet, einmal, nämlich am 15. März 1917, auf dem Fernsprechamte Hansa 2½ Stunden lang praktisch tätig gewesen sein sollte, was übrigens von der beklagten Kasse als vollkommen ausgeschlossen bezeichnet wird.

B. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe für ein uneheliches Kind. — Minderbemittelte Ehefrau.

Erlaß des **bayer. Staatsministeriums des Innern** vom 24. Oktober 1918 (Bayer. Staatsanz. Nr. 250).

Im Einverständnis mit den zuständigen Reichsämtern wird bekanntgegeben:

1. Die Wochenhilfe nach § 3 der Bundesratsbekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) ist für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers nicht zu gewähren, wenn der uneheliche Vater nicht dem Deutschen Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistet.

2. Dagegen ist diese Wochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers auch dann zu gewähren, wenn sich derselbe der Fahnenflucht schuldig macht oder durch gerichtliches Erkenntnis zu einer Gefängnisstrafe von länger als sechsmonatiger Dauer oder zu einer härteren Strafe verurteilt wird, vorausgesetzt, daß der Kriegsteilnehmer dem Deutschen Reiche Kriegs- usw. Dienste leistet und aus diesem Dienste nicht förmlich ausgeschieden ist, daß die Verpflichtung des unehelichen Vaters zur Gewährung des Unterhalts festgestellt, und daß die Mutter minderbemittelt ist.

3. Bei der Prüfung der Frage, ob Ehefrauen der im Kriegs- usw. Dienst stehenden Beamten und sonstigen Gehaltsempfänger minderbemittelt im Sinne des § 2 Abs. 2 der Bundesratsbekanntmachung vom 23. April 1915 sind, ist, wenn die Ehe erst nach dem Eintritt des Ehemannes in den Kriegs- usw. Dienst geschlossen wurde und die Ehefrau nicht Familienunterstützung erhält, zunächst das Einkommen der beiden späteren Eheleute in dem Jahre vor dem Eintritt des Ehemannes in den Kriegs- usw. Dienst festzustellen und auf Grund dessen das Gesamteinkommen beider zu berechnen. Hat damals die Wöchnerin noch kein eigenes Einkommen bezogen, so ist das Einkommen des Ehemannes allein in Betracht zu ziehen.

Beginn der Krankheit, insbesondere bei Syphilis.

Rev.-Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 25. Januar 1918 (F. 10/17).

Die beklagte Krankenkasse war nach den gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet, Krankenhilfe vom Beginn der Krankheit an nach näherer Maßgabe der §§ 182, 183 RVO. zu gewähren. Der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse verblieb der Babette H., da sie unmittelbar vor ihrem Ausscheiden aus der Kasse über sechs Wochen versichert war, für den Fall, daß der Versicherungsfall während ihrer Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintrat. Daß H. von ihrem Ausscheiden aus der Kasse an als erwerbslos zu betrachten ist, wird nicht bezweifelt werden können, da der von ihr aus dem Betriebe der Gewerbsunzucht gezogene Gewinn nicht, wie eine Abhandlung in der Monatsschrift f. Arb.- u. Angest.-Vers. 1917 S. 376 ff. meint, als ein im Sinne des Versicherungsrechts in Betracht zu ziehender Erwerb anzusehen ist. Die Entscheidung des Rechtsstreits hängt also von der Beantwortung der Frage ab, ob der Versicherungsfall in der Zeit bis zum 9. November 1915 (Ende der Dreiwochenfrist nach dem am 19. Oktober 1915 erfolgten Ausscheiden der H. aus der Kasse) oder erst später in der Zeit vom 9. November 1915 bis zur polizeilichen Festnahme eingetreten ist. Regelmäßig bemißt sich der Beginn der Krankheit, der den Eintritt des Versicherungsfalls begründet, nach dem Zeitpunkt, in dem der objektive Befund ärztlich festgestellt ist. Es erscheint aber nicht ausgeschlossen, daß der Krankheitsbeginn auf einen früheren Zeitpunkt verlegt wird, sofern durch ärztliche Begutachtung oder durch sonstige sachdienliche Beweismittel festgestellt werden kann, daß der Versicherte in der Tat schon zu einem früheren Zeitpunkt krank im Sinne der RVO. war. Ob dieser Ausnahmefall vorliegt, muß, eben weil es sich um eine Ausnahme von der gesetzlichen Regel handelt, in vorsichtiger Weise geprüft, es muß dafür ein sicherer und schlüssiger Beweis erbracht werden, besonders dann, wenn es sich nicht um die Zurückdatierung von wenigen Tagen, sondern um eine längere Zeitspanne handelt (vgl. Entsch. des bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 26. Januar 1909 in der ArbVers. 1909 S. 563).

An einem solchen sicheren und schlüssigen Beweise mangelt es hier, und zwar sowohl was die Erkrankung der H. an Tripper anlangt, deren Feststellung die Einschaffung in das Krankenhaus veranlaßte, als auch insoweit das während des Krankenhausaufenthalts im Laufe des Dezember 1915 entdeckte syphilitische Leiden in Betracht kommt. Als das einzige Ergebnis ist die Feststellung zu erachten, daß die Tripperkrankheit mindestens auf 8, 10 oder 14 Tage vor der Aufnahme der H. in das Krankenhaus zurückzuverlegen ist; eine genauere Bestimmung des Beginns der Krankheit ist auf Grund der sämtlichen erstatteten Gutachten, die eines für eine richter-

liche Feststellung notwendigen Befundes ermangeln, nicht möglich. Es kann sein, daß der Krankheitsbeginn in eine vielleicht sogar beträchtlich frühere Zeit fällt, es ist aber ebensowohl möglich, daß Ansteckung und Krankheitsbeginn erst den jüngsten Tagen vor dem 1. Dezember 1915 angehören. Warum das letztere ausgeschlossen sein soll, ist mit Rücksicht auf den von Babette H. während der ganzen Zeit geführten Lebenswandels nicht abzusehen. Das Oberversicherungsamt überschreitet, indem es eine neben anderen Möglichkeiten stehende Möglichkeit zur Gewißheit oder zu dem Grade hoher Wahrscheinlichkeit erhebt, der für urteilsmäßige Feststellungen allein verwertbar ist, die der freien Beweiswürdigung gezogenen Grenzen.

Noch geringeren Anspruch im Sinne einer schlüssigen Beweisführung vermag das zu erheben, was in Ansehung der bei Babette H. gefundenen syphilitischen Erkrankung erhoben worden ist. Auch in diesem Punkt ermangeln die ärztlichen Gutachten der unbedingt erforderlichen eingehenden Darstellung des objektiven Befundes; besonders fehlt es an der Feststellung, daß Symptome der Krankheit so bestimmt in die äußere Erscheinung getreten seien, daß die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe namentlich auch aus gesundheitspolizeilichen Gründen absolut notwendig war. Was erhoben ist, gibt lediglich das Bild eines bei Babette H. vorhandenen latenten Zustands, der nicht anders beurteilt werden kann als eine im Körper schlummernde Krankheitsanlage, für eine tatsächlich ausgebrochene Krankheit aber nicht erachtet werden kann. Die Feststellung allein, daß die im Dezember 1915 vorgenommene Untersuchung nach Wassermann positive Reaktion ergab, reicht nicht dazu aus, zu beweisen, daß Babette H. vor dem 9. November 1915 krank und hilfsbedürftig im Sinne des Gesetzes war. Es geht nicht an, aus der im Dezember 1915 gefundenen positiven Reaktion ohne weiteres zu folgern, daß bei H., wenn sie vor dem 9. November 1915 untersucht worden wäre, dieselben Erscheinungen wahrgenommen worden wären und auf Grund dieser Mutmaßung den Beginn der Krankheit und die objektive Hilfsbedürftigkeit auf diesen früheren Zeitpunkt zu verlegen. Eine solche Vorverlegung des Krankheitsbeginns müßte als willkürlich betrachtet werden. Derartige Schlußfolgerungen sind als Grundlage einer schlüssigen Beweisführung nicht zu erachten; das Oberversicherungsamt überschreitet auch hier, indem es ihnen folgt, die Grenzen der Beweiswürdigung und begeht, indem es an Stelle von bloßen Möglichkeiten Gewißheit annimmt, einen Verstoß gegen den Inhalt der Akten. Dazu kommt, daß das Oberversicherungsamt, indem es den ärztlichen Gutachten ohne weiteres beipflichtet, die durchaus verschiedenen Begriffe von Krankheit im medizinischen Sinn und im Rechtssinn miteinander vermengt, da es den Beginn der Krankheit im Rechtssinn unmittelbar im Augenblick der Ansteckung eintreten läßt. Die Ansteckung läßt sich nicht sofort und ohne weiteres erkennen; sie kann also für sich allein, auch bei Syphilis, nicht genügen, um den Krankheitsbeginn im Sinne des Versicherungsrechts festzustellen. Auch hier müssen, damit von Krankheitsbeginn die Rede sein kann, die Symptome der Krankheit in bestimmter Weise zur äußeren Erscheinung gelangt sein. Die Entscheidung des Kgl. bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 23. März 1896 (Bd. 17 S. 245 ff.) beansprucht in diesem Punkt volle Beachtung. Die Sätze, daß die syphilitische Ansteckung die sofortige Anwendung einer antisyphilitischen Kur erfordere, und daß für die Kurdauer vom Augenblick der Ansteckung an Hilfsbedürftigkeit anzunehmen sei, mögen ihre Richtigkeit für das medizinische Gebiet behaupten; eine unmittelbare Übertragung auf das Gebiet des Versicherungsrechts, das den Begriff der objektiven Hilfsbedürftigkeit nur im Gegensatz zu den für sich allein bedeutungslosen subjektiven Empfindungen der versicherten Personen aufstellt, geht nicht an. Darin, daß das Oberversicherungsamt den Beginn der Krankheit ohne weiteres mit dem Augenblick der Ansteckung zusammenfallen läßt, liegt eine unrichtige Anwendung des bestehenden Rechts und es rechtfertigt sich auch deshalb die Aufhebung des angefochtenen Urteils.

Die sich nunmehr ergebende Frage, ob die Sache zur neuerlichen Entscheidung an die Vorinstanz zurückverwiesen werden soll oder ob die Entscheidung der ersten Instanz wiederherzustellen ist, muß im letzteren Sinne beantwortet werden. Der Fall liegt zeitlich weit zurück; eine genauere Feststellung, insbesondere ein genauerer Befund läßt sich nicht mehr erwarten, um so weniger, als die mit dem Fall befaßten Ärzte des Krankenhauses bereits mehrmals um die Kundgabe ihrer objektiven Wahrnehmungen angegangen worden sind. Was hat erhoben werden können, reicht zu der Führung des Beweises, daß die Krankheiten der H. oder wenigstens eine davon vor dem 9. November 1915 begonnen haben, in keiner Weise aus. Ist aber diese Beweisführung als mißlungen zu betrachten, dann fehlt es der Klage an der genügenden Begründung und bleibt nichts übrig, als die Entscheidung der ersten Instanz wieder herzustellen. (Breithaupt.)

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

§ 16 Verordg. v. 24. 2. 17 gilt nur für Beschäftigungen, die nach dem Hilfsdienstges. übernommen sind.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. Juni 1918 (2484 Amtl. Nachr. 1918 S. 456).

Die in Übereinstimmung mit dem Versicherungsamt und den Versicherungsvertretern getroffene Feststellung des Oberversicherungsamts, daß in dem Zustand des Klägers eine wesentliche Besserung eingetreten und er nicht mehr im Sinne des § 1255 RVO. invalide ist, wird durch die Gutachten des Dr. M. in C.-M. vom 25. März, 3. Mai und 8. August 1917 und durch das auf mehrtägiger Beobachtung des Klägers beruhende Gutachten der Ärzte der städtischen Krankenanstalt L. vom 28. Januar 1918 ausreichend gestützt. Bei seiner Feststellung konnte das Oberversicherungsamt auch den Verdienst des Klägers aus seiner Tätigkeit als Fabriknachtwächter bei der Sprengstoff-A.-G. C. . . . . verwerten. Die Tätigkeit übt der Kläger seit dem 10. Mai 1916 aus. Sie fällt allerdings offenbar an sich unter das Gesetz über vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916, und § 16 der Verordnung über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 schreibt vor: „Die Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst sowie der dabei erzielte Lohn dürfen im Rentenverfahren bei der Feststellung, ob Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt, nicht verwertet werden." Die Vorschrift greift jedoch lediglich bei den unter dem Einfluß des Hilfsdienstgesetzes eingegangenen Beschäftigungsverhältnissen Platz. Sie spricht nämlich in gewollter Einschränkung nicht von einer Tätigkeit im Hilfsdienst überhaupt, sondern von der „Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst" (zu vgl. auch §§ 3, 11, 13, 14). Aus der Übernahme einer Beschäftigung im Hilfsdienst und der Höhe des dabei erzielten Lohnes soll nach der Begründung der Verordnung, wiedergegeben im Zehnten Nachtrag zur Denkschrift über wirtschaftliche Maßnahmen aus Anlaß des Krieges (Reichstagsdrucks. Nr. 650, II. Sess. 1914/17, S. 197), ein Schluß auf das Maß der Erwerbsfähigkeit nicht gezogen werden. Von der Übernahme einer Hilfsdiensttätigkeit kann aber nur gesprochen werden, wenn die Tätigkeit nach dem Inkrafttreten des Hilfsdienstgesetzes, also frühestens am 6. Dezember 1916 begonnen hat, denn erst von diesem Zeitpunkt an stellen sich die im Gesetze bezeichneten Tätigkeiten als vaterländische Hilfsdienstleistungen dar. Die Ausnahmevorschrift des § 16 der Verordnung gilt daher nicht zugunsten von Personen, die, wie der Kläger, seit dem 6. Dezember 1916 eine schon vorher begonnene, seitdem zum vaterländischen Hilfsdienst gehörende Beschäftigung fortsetzen.

Die Rentenzulage steht nur dem Rentenempfänger, nicht dem Armenverbande nach §§ 1531, 1536 RVO. oder der Gemeinde nach § 120 Abs. 2 RVO. zu, wohl aber den Erben.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts a) vom 6. August 1918, b) vom 9. August 1918, c) vom 24. Sept. 1918 (2485, 2486, 2487 Amtl. Nachr. 1918 S. 457, 458).

a)

Die Rentenempfänger L., K., B. und K. werden auf Kosten des Armenverbandes der Provinz P. in der Provinzialirrenanstalt in D. verpflegt und unterhalten. Ihre Invalidenrenten sind nach §§ 1531, 1536 der RVO. dem Armenverband überwiesen worden. Gemäß § 4 der Bekanntm. über die Gewährung von Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente aus der Invalidenversicherung vom 3. Januar 1918 (RGBl. S. 7, Amtl. Nachr. 1918 S. 163) fällt die Zulage weg, wenn der Anspruch auf die Rente zum vollen Betrage ruht oder wegfällt. Infolge der Überweisung der Renten ist in den Fällen, um die es sich hier handelt, für die Rentenempfänger der Anspruch auf die Rente zum vollen Betrage weggefallen. Denn nicht sie erhalten die Rente, sondern der Armenverband. Dieser ist eine juristische Person. Nach dem Sinne der Bekanntm. vom 3. Januar 1918 steht aber die Zulage nicht juristischen, sondern nur natürlichen Personen zu (zu vgl. Bescheid 2463, Amtl. Nachr. 1918 S. 356). Diesen Sinn der Bekanntmachung bringt die Vorschrift des § 1 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts vom 5. Januar 1918 (Amtl. Nachr. S. 164) zum Ausdruck; sie hält sich im Rahmen des § 13 der Bekanntm. und ist wirksam. Die Auslegung der Bekanntm. vom 3. Januar 1918 im vorerwähnten Sinne rechtfertigt sich namentlich auch aus der Natur der Zulagen als Teuerungszulagen, die anläßlich der durch den Krieg hervorgerufenen Notstände für die Rentenempfänger bestimmt sind und den Zweck haben, zur Milderung einer offenbaren Notlage derselben helfend einzugreifen. Auch den Armenverbänden die Zulagen zu den ihnen überwiesenen Renten zu zahlen, besteht kein Grund, denn sie befinden sich nicht in einer Notlage und sind nicht wie die Rentenempfänger auf die Rente angewiesen.

b)

Infolge der Gewährung der Sachleistungen an B. durch den Magistrat S. ist der Anspruch auf die Invalidenrente gemäß § 120 Abs. 2 Satz 2 RVO. auf den Magistrat übergegangen. Diesem aber als einer juristischen Person steht die Zulage nicht zu. Die Fassung der §§ 1 und 3 der Bekanntm. vom 3. Januar 1918 (RGBl. S. 7) deutet darauf, daß nur natürliche Personen Empfänger der Zulage sein sollen,

und dementsprechend bringt § 1 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts vom 5. Januar 1918 (Amtl. Nachr. S. 164) diesen Sinn der Bekanntmachung wörtlich zum Ausdruck. In § 1 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen ist nichts davon gesagt, daß die Zulage nur bei einer Unterbringung des Trunksüchtigen in einer Anstalt, oder wenn ihm die Sachleistungen durch Vermittlung einer Trinkerfürsorgestelle gewährt werden, zu versagen ist. Auch der Hinweis auf § 120 Abs. 2 Satz 2 RVO. rechtfertigt einen solchen Schluß nicht. Wenn etwa geltend gemacht wird, daß durch die Versagung der Zulagegewährung gegenüber der Gemeinde auch dem Trunksüchtigen, der nicht in einer Anstalt untergebracht ist, ein Nachteil erwachsen kann, insofern er weniger Sachleistungen erhält, so ist darauf hinzuweisen, daß die Gewährung der Rentenzulagen in der Bekanntm. vom 3. Januar 1918 zur Vermeidung übermäßiger Belastung der Post und der Versicherungsträger und behufs schleuniger Durchführung auf das äußere Merkmal der Rentenzahlung abgestellt werden mußte. Gewisse Härten, die sich in vereinzelten Fällen ergeben können, müssen zur Erreichung einfacher und schneller Durchführung der Zulagenzahlung hingenommen werden.

c)

... Die Zulage hat nun denselben rechtlichen Charakter wie die Rente, der sie zugelegt wird (zu vgl. auch Rabeling, Die Kriegsverordnungen zur Unfallversicherung usw., Nachtrag zum Dritten Bande des Kommentars zur RVO. S. 96 Anm. 2 zu § 1 der Bekanntm. über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung vom 17. Januar 1918). Demgemäß gelten für den Rechtsübergang der Zulage auf die Erben die gleichen Vorschriften wie für den Rechtsübergang der Rente selbst, nämlich § 1303 RVO. (zu vgl. ferner Revisionsentsch. 1895, Amtl. Nachr. 1914 S. 694). Da der Rentenanspruch auf die Witwe W. als Rechtsnachfolgerin ihres Ehemanns übergegangen ist, so ist auch der Anspruch auf die Zulage auf sie übergegangen. Die Zulage kann ihr daher nicht versagt werden.

Rentenzulage nur für volle Kalendermonate.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 10. September 1918 (2488 Amtl. Nachr. 1918 S. 458).

Die Landesversicherungsanstalt hat die Invalidität des am 5. Februar 1918 verstorbenen ehemaligen Bureaugehilfen F. für die Zeit vom 7. August 1917 bis zum 5. Februar 1918 anerkannt und der Witwe als seiner Erbin für die Zeit vom 7. August 1917 bis zum 28. Februar 1918 die Invalidenrente zugesprochen. Da aber die Armenverwaltung der Stadt H. für die Unterbringung des F. Anspruch auf Ersatz aus der Invalidenrente erhob, wies die Landesversicherungsanstalt für die Zeit vom 3. September bis zum 22. November 1917 und vom 28. November 1917 bis zum 25. Januar 1918 die halbe und vom 26. Januar bis zum 5. Februar 1918 die volle Rente für die städtische Armenkasse zur Zahlung an. Die Witwe F. erhielt also nach dem 31. Januar 1918, welche Zeit für die Rentenzulage allein in Betracht kommt, Rente nur für einen Teil des Monats Februar 1918. Die Zulage wird aber nach § 5 der Bekanntm. über die Gewährung von Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente aus der Invalidenversicherung vom 3. Januar 1918 (RGBl. S. 7, Amtl. Nachr. 1918 S. 163) nur für volle Kalendermonate des Rentenbezugs gewährt. Hiernach ist Voraussetzung der Zulagengewährung, daß die Rente dem Rentenberechtigten mindestens für den Zeitraum eines Monats zusteht. Die Antragstellerin beruft sich zu Unrecht auf § 3 der Bekanntm., wonach die Zulage im vollen Betrage gezahlt wird, auch wenn der Empfänger nur einen Bruchteil der Rente erhält. Diese Bestimmung trifft auf solche Fälle zu, in denen die Rente für den vollen Kalendermonat zu einem Bruchteil gezahlt wird, z. B. bei Übertragung von Rententeilen. Die Zulage wird dann nicht geteilt, sondern im vollen Betrag an die Person des „Rentenempfängers" gezahlt. Eine Teilung der Zulage ist vermieden worden, offenbar um Versicherungsträger und Post nicht mit jetzt unerträglicher Mehrarbeit durch Berechnung der Zulagenteilbeträge für den Einzelfall zu belasten und weil die Zahlung geteilter Zulagenbeträge unter Umständen wirtschaftlich bedeutungslos wäre. Die Bestimmung des § 3 a. a. O. dient endlich auch dem Zwecke, zu vermeiden, daß die Rentenzulage bei geteilter Rentenzahlung doppelt gezahlt wird. Der Kalendermonat bildet die zeitliche Einheit, für welche die Zulage gewährt wird. Hiervon gehen im Anschluß an die Bekanntmachung vom 3. Januar 1918 auch § 5 Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts vom 5. Januar 1918 (Amtl. Nachr. S. 164) und die postalische Regelung der Zulagenzahlung aus (zu vgl. die Ausführungsbestimmungen des Reichs-Postamts vom 7. Januar 1918, Amtsblatt des Reichs-Postamts S. 11). Ist, wie hier, der Zeitraum eines Monats beim Rentenbezuge nicht erfüllt, so wird die Zulage nicht gezahlt.

Sprechsaal.

Kriegswochenhilfe bei gänzlicher und teilweiser Erwerbsunfähigkeit des Mannes.

Nach § 1 der Bekanntmachung über die Wochenhilfe während des Krieges vom 3. Dezember 1914 steht Wöchnerinnen während der Dauer des Krieges Wochenhilfe dann zu, wenn ihre Ehemänner im Kriege dem Reiche Kriegsdienste leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Verwundung verhindert sind. Verhindert an der Wiederaufnahme ist der Mann ohne Zweifel dann, wenn er durch seine Verwundung so beschädigt ist, daß er überhaupt einem Gewerbe nicht nachgehen kann. Verhindert ist aber nach dem Erlaß des Reichskanzlers vom 30. März 1916 auch der Kriegsteilnehmer, der zwar wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann, aber nicht in einem solchen Umfange, daß er aus dem Arbeitsverdienst die Kosten des Wochenbetts für seine Frau neben dem gewöhnlichen Unterhalt noch bestreiten kann. In gleichem Sinne hat sich auch das Reichsversicherungsamt verschiedenfach ausgesprochen. Es wird also, wenn der Kriegsteilnehmer überhaupt Arbeit wieder aufgenommen hat, stets zu prüfen sein, ob er fähig ist, neben dem Lebensunterhalt für sich und seine Familie auch noch die Unkosten der Entbindung aus eigenen Mitteln zu bestreiten oder mit anderen Worten: es muß auf die besonderen wirtschaftlichen Verhältnisse des Ehemannes Rücksicht genommen werden.

Wie steht es nun in dem Falle, wo der Mann die Arbeit gar nicht wieder hat aufnehmen können, sondern von seiner Rente lebt? Der Fall ist theoretisch nicht undenkbar, daß die Rente, besonders wenn neben der Vollrente noch Kriegszulage und Verstümmelungszulage gewährt wird, für eine besonders anspruchslose billige Gegend Deutschlands und in Anbetracht des Friedensverdienstes des Mannes verhältnismäßig so hoch ist, daß an sich der Mann neben dem Lebensunterhalt für seine Frau auch noch die in dem besonderen Falle besonders niedrigen Entbindungskosten tragen kann. Ist seiner Frau die Wochenhilfe mit Rücksicht auf seine wirtschaftlichen Verhältnisse, nach denen er in der Lage ist, die Wochenbettkosten zu tragen, zu versagen? Die Frage ist zu verneinen, die Frau hat vielmehr Anspruch auf Wochenhilfe. Ist es dann aber nicht eine Härte des Gesetzes, wenn der eine Kriegsteilnehmer, der von der Rente lebt, Wochenhilfe erhält, während sein Kamerad leer ausgeht, weil er noch arbeiten kann und neben einer kleinen Rente noch so viel dazu verdient, wie der andere schon durch seine Rente hat, beide also bei dem gleichen Gesamteinkommen verschieden behandelt werden? Man wird diese Folgerung des Gesetzes keine Härte nennen können, denn das Auskommen des zweiten ist ja so groß, daß er keiner Wochenhilfe bedarf. Wenn der erste trotz seines Auskommens die Wochenhilfe erhält, so wird man eher von einer besonderen Milde als von einer Härte des Gesetzes zu sprechen haben.

Ronneburg. Dr. Erbe.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Gebühren für ärztliche Lebensmittelzeugnisse.

Hierüber hat die Ärztekammer für die Rheinprovinz folgenden Beschluß gefaßt: „Die besonderen Lebensmittelzeugnisse sind nicht als ärztliche Leistungen in dem herkömmlichen Tätigkeitsbereiche des Arztes anzusehen, wie sie nach der RVO. zur pflichtmäßigen Leistung der Kassenärzte zu rechnen sind. Es handelt sich auch nicht um Heil-, sondern um Nahrungsmittel. Wenn ihre Erlangung zur Zeit mit Schwierigkeiten verbunden ist, so ist dies eine Kriegserscheinung, deren Kosten dem Versicherten zufallen. Diese Zeugnisse sind keine mehr oder minder flüchtig auszustellenden Bescheinigungen, sondern müssen als verantwortungsvolle ärztliche Gutachten gewertet werden. Deshalb ist sowohl eine besondere Entlohnung des Arztes als auch eine Bezahlung durch den Versicherten gerechtfertigt. Hieraus ergeben sich folgende Beschlußsätze: 1. Die ärztlichen Zeugnisse zur Erlangung von Zusatznahrungsmitteln sind gebührenpflichtig und vom Anforderer zu bezahlen. 2. Ihre Bezahlung unterliegt der freien Vereinbarung. 3. Für Minderbemittelte ist tunlichst der Mindestsatz der Ziffer 24a der preußischen Gebührenordnung für Ärzte anzuwenden."

Zum Bericht über die Berufsgenossenschaften im Jahre 1917

(Heft 30 S. 594 ff.) macht uns die See-Berufsgenossenschaft auf ein Versehen unseres Mitarbeiters aufmerksam, dessen Bemerkungen (S. 595 rechts unten) irrigerweise dem Berichte der Genossenschaft für 1916 entnommen sind; der Bericht für 1917 ist bisher noch nicht erschienen.

Der Vorstand der Knappschafts-Berufsgenossenschaft bemerkt (gleichfalls zu S. 595) folgendes: Bei der Sektion II ist schon seit mehreren Jahren ein technischer Aufsichtsbeamter und außerdem für einen Steinbruchsbetrieb ein technischer Aufsichtsbeamter einer anderen Berufsgenossenschaft nebenamtlich mit der Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften beauftragt. Im übrigen findet durch die technischen Aufsichtsbeamten nicht eine Überwachung aller Betriebe des Sektionsbezirks statt, sondern nur derjenigen, auf welche sich die Unfallverhütungsvorschriften beziehen, also nur der Betriebe, die nicht der Aufsicht der Bergbehörde unterstehen.

Geschäftsbereich des Reichsarbeitsamts.

Über die Verteilung der Geschäfte auf das Reichswirtschaftsamt und das neuerrichtete Reichsarbeitsamt hat der Reichskanzler laut Bekanntmachung vom 26. Oktober 1918 (Reichsanz. Nr. 256) folgendes bestimmt:

Aus dem Geschäftsbereich des Reichswirtschaftsamts — vgl. die Bekanntmachung vom 31. Oktober 1917 — Deutscher Reichsanz. Nr. 263 vom 5. November 1917 und Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 398 — gehen auf das Reichsarbeitsamt diejenigen Angelegenheiten über, welche sich auf die Fürsorge

für Arbeiter und Angestellte, auf die Verhältnisse des Arbeitsmarktes, auf Wohlfahrtseinrichtungen und sonstige Fragen der Sozialpolitik beziehen, und zwar im einzelnen:

1. Vom Gewerbewesen (Gewerbeordnung) folgende Gegenstände: Arbeiterschutz, Sonntagsruhe, Beschäftigung von Frauen und Jugendlichen, Kinderarbeit, Berufsvereine, Handlungsgehilfen, Privatangestellte, Werkmeister und Techniker, Tarifverträge, Arbeitskammern, Einigungswesen, Koalitionsrecht, ferner die Verhältnisse des Arbeitsmarktes, Arbeitsnachweiswesens, Arbeitslosenfürsorge und -versicherung, die Rechtsverhältnisse der gewerblichen Arbeiter, Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt;

2. die Arbeiterversicherung, insbesondere die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter, die Versicherung der Angestellten, Kriegswochenhilfe, Unfallfürsorgegesetze, das Pensionskassenwesen im Benehmen mit dem Reichswirtschaftsamt, Haftpflichtgesetz, Wohlfahrtseinrichtungen im allgemeinen, Kriegswohlfahrtspflege (Reichsbeihilfen), soziale Kriegsbeschädigten- und Kriegerhinterbliebenenfürsorge, Zusatzrenten, vaterländischer Hilfsdienst, Wohnungsfürsorge, Rechtsverhältnisse der ländlichen Arbeiter.

Demgemäß gehören zum Reichsarbeitsamt:
1. Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt,
2. Reichsversicherungsamt,
3. Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Internationaler Arbeiterschutz in den Friedensverträgen.

Die Worte, die der Reichskanzler hierüber gesprochen hat, haben allenthalben, auch im Auslande, sehr freundliche Aufnahme gefunden. Die „Soziale Praxis" (v. 31. 10. 18) teilt einige Äußerungen, die dies bezeugen, mit. Sie bemerkt: Besonders warm ist die Aufnahme der deutschen Kundgebung in Schweden, und zwar auch bei ententefreundlichen Politikern wie Branting. Er spricht voll Anerkennung von dem deutschen Schritt:

„Der Reichskanzler geht der Entente mit gutem Beispiel voran, indem er die Forderung des internationalen Gewerkschaftskongresses in Bern annimmt. Noch keiner der führenden Staatsmänner der Entente hat dieselbe Zusicherung hinsichtlich einer Forderung gegeben, welche der interalliierte Gewerkschaftskongreß in Leeds kurz vorher erhoben hatte und welche auf dasselbe hinauslief wie das Berner Programm."

„Stockholms Dagblad" macht sich Brantings Urteil zu eigen und fügt hinzu:

Deutschlands Eintreten für internationale Arbeiterschutzgesetzgebung nehme sich als natürliche Sache aus, wenn man die ausgezeichnete sozialpolitische Gesetzgebung bedenke, mit der Deutschland dem übrigen Europa ein schönes Beispiel gegeben habe . . .

Es sei bezeichnend, daß die englischen Arbeiter und die Berner Konferenz die erste amtliche Antwort auf ihren Appell nicht von den gelobten Ländern der Demokratie, sondern von jenem Deutschland erhielten, an dessen innerpolitischer Umgestaltung in demokratischer Richtung die Presse der Ententeländer zweifele.

Die Landeszentrale der schwedischen Gewerkschaften sandte am 16. Oktober an die Generalkommission der Gewerkschaften Deutschlands ein Glückwunschtelegramm, das, an den „demokratischen Durchbruch" und die direkte Teilnahme der Gewerkschaften an der Regierungsbildung in Deutschland anknüpfend, erklärt:

Über die Aufnahme der Frage des internationalen Arbeiterschutzes entsprechend den Forderungen der Berner Konferenz in das Programm dieser Regierung empfinden wir eine lebhafte Befriedigung: „Die Zeit für den Zusammentritt der gewerkschaftlichen Internationale zu einer Konferenz wird wohl bald gekommen sein, auf der die angeschlossenen Gewerkschaften aller Länder vertreten sein werden, um die Beschlüsse der Konferenzen zu Leeds und Bern zu fördern."

Auch aus den Ententeländern kommen sachlich zustimmende Kundgebungen der Arbeiterschaft. In Großbritannien erklären die Hauptvertretungen von 5 Millionen organisierten Arbeitern in einem gemeinsamen Aufruf des parlamentarischen Ausschusses des Gewerkschaftskongresses und der nationalen Exekutive der Arbeiterpartei zum deutschen Friedensangebot:

Sie wiederholen die bereits früher erhobene Forderung der interalliierten Arbeiterkonferenz vom September nach einer internationalen Konferenz der Arbeiter- und Sozialistenorganisationen und nach amtlicher Delegierung von Arbeitervertretern zur Friedenskonferenz besonders im Hinblick auf die „gewichtige Notwendigkeit der Herbeiführung eines internationalen Abkommens zur Durchführung gesetzlicher Maßnahmen in allen Ländern in bezug auf Fabrikzustände, auf den Achtstundentag, auf die Verhinderung gesundheitsschädlicher Beschäftigung, auf den Schutz der Arbeiter gegen Ausbeutung und Bedrückung und auf die Verhinderung von Nachtarbeit für Frauen und Kinder".

Aus den übrigen Ländern liegen Meldungen über die Haltung der Arbeiterschaft bisher noch nicht vor. Doch ist es wichtig zu wissen, daß die italienische Landesgruppe der Internationalen Vereinigung für Bekämpfung der Arbeitslosigkeit die Frage der internationalen sozialpolitischen Friedensvereinbarungen bereits auf ihrer Sitzung am 28. Juli 1918 zustimmend beantwortet hat. Man schreibt uns darüber aus der Schweiz:

Auf den Bericht des Abg. Cabrini beschloß die Sektion laut Bolletino dell' Ufficio del Lavoro (S. 132), behufs ersprießlicher Anbahnung der einschlägigen Vereinbarungen nach vorheriger Verständigung mit den italienischen Sektionen der internationalen sozialpolitischen Vereinigungen (Arbeiterschutz und Sozialversicherung) an die Baseler Zentralstelle (Internationales Arbeitsamt) einen Aufruf zu richten des Inhalts, es möchte ein Gedankenaustausch zwischen den verschiedenen Sektionen der drei Internationalen der Ententeländer und in ähnlicher Weise zwischen den verschiedenen Sektionen der neutralen Staaten, sowie, falls es für möglich und angezeigt gehalten werde, auch zwischen den Sektionen der Zentralmächte veranlaßt werden. Diese drei gemäß den Erfordernissen des Kriegszustandes nach getrennten Zonen oder Gruppen gesondert vollführten Aktionen könnten dazu beitragen, einen günstigen Nährboden für Verhandlungen im Zeitpunkte des Friedensschlusses zu schaffen.

Die deutsche Regierung läßt, wie wir erfahren, im Reichsarbeitsamt gegenwärtig Vorschläge für sozialpolitische Zusatzvereinbarungen zum Deutsch-russischen Friedensvertrage aufstellen; diese Vorschläge nehmen hinsichtlich der Durchführung der Arbeiterschutzklauseln auch auf das Internationale Arbeitsamt Bezug.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Ein städtischer Beamter, der nebenbei bei einer Krankenkasse angestellt ist, untersteht der Dienstordnung.

1. **Nach X.** Antwort: Eine Dienstordnung braucht nach § 351 Abs. 1 RVO. nicht aufgestellt zu werden u. a. für Angestellte, die schon nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte sind. Der Grund dieser Ausnahmen ist, daß diese Angestellten den Bestimmungen des bundesstaatlichen Beamtenrechts unterliegen und deshalb für sie eine besondere Regelung durch eine Dienstordnung nicht nötig ist (zu vgl. Begr. S. 207, 208 zu § 362 des Entw.; Hahn, Handb. zur Kr.-Vers. Anm. 1 zu § 351). Aus dieser Begründung ergibt sich, daß die Ausnahme von der Unterstellung unter die Dienstordnung nur für diejenigen gelten kann, die in dem Anstellungsverhältnisse bei der Kasse staatliche oder gemeindliche Beamte sind, wie dies bei Kassen, die für staatliche oder gemeindliche Betriebe bestehen, der Regel nach zutreffen wird. Ein staatlicher oder gemeindlicher Beamter aber, der nebenbei im Dienst einer Krankenkasse steht, ist in diesem besonderen Beschäftigungsverhältnisse nicht als Beamter tätig und untersteht daher der Dienstordnung.

Erfüllung der Wartezeit für die Mehrleistung an Sterbegeld (§ 208 RVO.).

2. **Nach Hamburg.** Antwort: Die im § 208 RVO. zugelassene und durch § 22 ihrer Satzung eingeführte Wartezeit von 6 Monaten für den Anspruch auf Mehrleistungen wird durch den Ablauf dieser Zeit erfüllt, auch wenn der Versicherte für einen Teil der Zeit Beiträge gemäß § 383 RVO. nicht entrichtet hat (zu vgl. Entsch. des RVA. 2196, ArbVers. 1916 S. 637). Für den Anspruch auf die Mehrleistung an Sterbegeld kommt es nur darauf an, ob beim Tode des Versicherten die Wartezeit erfüllt war. Daß die Krankheit, an der er gestorben ist, vor Ablauf der Wartezeit entstanden war, schließt den Anspruch auf die Mehrleistung an Sterbegeld nicht aus, da der Tod und nicht die vorausgegangene Krankheit den maßgebenden Versicherungsfall bildet.

Ausfertigung einer Strafverfügung des Kassenvorstandes durch den Geschäftsführer.

3. **Nach Z.** Antwort: Wir können das erhobene Bedenken nicht für begründet erachten. Allerdings darf der Kassenvorstand den Erlaß von Strafverfügungen (§ 529 RVO.) nicht dem Geschäftsführer übertragen. Das vorliegende Schriftstück bietet aber auch keinen hinreichenden Anhalt für die Annahme, daß dies geschehen sei und daß der Geschäftsführer an Stelle des Vorstandes die Entschließung, die Strafe zu verhängen, gefaßt habe. Vielmehr ist die Strafverfügung ausdrücklich unter der Firma des Kassenvorstandes, also als eine von diesem getroffene Entscheidung ausgefertigt, und zwar nicht vom Vorstande selbst, sondern von dem Geschäftsführer im Auftrage des Vorstandes unterschriftlich vollzogen. Es muß hiernach unterstellt werden, daß nur die Mitteilung der durch Vorstandsentschließung verhängten Strafe dem Geschäftsführer übertragen war, und hiergegen ist, bei dem Mangel gesetzlicher Vorschriften über die Form der Mitteilung solcher Entscheidungen, nichts zu erinnern.

Weigerung der unehelichen Mutter, den Vater ihres Kindes zu nennen.

4. **G. A. 100.** Antwort: Es ist schon zweifelhaft, ob die Krankenkasse überhaupt einen Ersatzanspruch gegen den Vater des unehelichen Kindes hat. In keinem Falle kann die Mutter gezwungen werden, den Vater des Kindes zu nennen. Das ist schon sehr oft erörtert worden. Wir verweisen namentlich auf ArbVers. 1916 S. 142 Ziff. 1 und S. 226.

Zur Befreiung von der Versicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO.

5. **Nach F.** Antwort: a) Die Begründung des Widerrufs der Befreiung aus § 418 (§ 435) RVO. damit, daß „zweifellos" der Arbeitsvertrag, den der Arbeitgeber mit seinen Arbeitern vor Stellung des Antrags abgeschlossen habe, abgelaufen sei, beruht auf einem Rechtsirrtum und unterliegt der Anfechtung durch Beschwerde. Allerdings gilt nach § 419 Abs. 1 Satz 1 die Befreiung nur für die Dauer des Arbeitsvertrages. Das bedeutet aber nicht, daß sie mit Ablauf der im Vertrage bedungenen Zeit unbedingt hinfällig werden muß und daß es unter allen Umständen nach Ablauf der Zeit eines neuen Befreiungsantrags bedarf. Vielmehr dauert die Befreiung fort, wenn der Vertrag, im wesentlichen unverändert, über die ursprünglich bedungene Zeit verlängert und tatsächlich fortgesetzt wird. Dies ist für jeden einzelnen Fall zu prüfen und danach festzustellen, ob die Befreiung erloschen ist. Die allgemeine Unterstellung, daß die Verträge „zweifellos" abgelaufen und die bisherigen Befreiungen daher in Pausch und Bogen hinfällig seien, läßt sich hiernach nicht halten. Zu vgl. ArbVers. 1917 S. 826 Ziff. 2.

b) Daß der Kassenvorstand Befreiungsanträge aus Rücksicht auf die finanzielle Lage der Kasse ohne gesetzlichen Grund abgelehnt hat, war allerdings unbegründet. Das gab aber den Arbeitgebern nur das Recht zur Beschwerde nach § 175 Abs. 2, § 418 Abs. 3 RVO. Wer hiervon in der gesetzlichen Frist (§ 128) keinen Gebrauch gemacht hat, muß die rechtskräftig gewordene Ablehnung gegen sich gelten lassen und einen neuen Antrag stellen. Die hierauf bewilligte Befreiung wirkt erst vom Eingang dieses neuen Antrags an (§ 175 Abs. 1 Satz 2).

c) Hat die Kasse, obwohl der Befreiungsantrag am 5. Januar eingegangen war, die Befreiung mit Wirkung vom 1. Januar bewilligt, so muß sie diese,

freilich irrige, Entscheidung gegen sich gelten lassen und kann nicht die Beiträge für die Zeit vom 1. bis 4. Januar nachfordern.

d) Die zu befreienden Versicherungspflichtigen sind im Antrage bestimmt zu bezeichnen, und die Befreiung gilt nur für diese namentlich bezeichneten Personen (zu vgl. RVA. 2407 Amtl. Nachr. 1917 S. 652, ArbVers. 1918 Heft 2 S. 28). Der Antrag eines Arbeitgebers, wonach alle Arbeiter eines von ihm zu übernehmenden Gutes vom Tage der Übernahme an befreit sein sollen, ist also mangels Bezeichnung der einzelnen Versicherungspflichtigen als unbegründet abzulehnen.

Zustimmung zur Krankenhauspflege ist auch bei Alleinstehenden erforderlich, wenn sie einen eigenen Haushalt haben.

6. **Nach Sagan.** Antwort: Nach § 184 Abs. 1 RVO. kann die Krankenkasse an Stelle der Leistungen aus § 182 Krankenhauspflege nur mit Zustimmung des Kranken gewähren, wenn dieser entweder einen eigenen Haushalt hat oder wenn er Mitglied des Haushalts seiner Familie ist. Hiernach bedarf es der Zustimmung auch dann, wenn der Versicherte einen Haushalt hat, den er nicht mit irgendeinem Familienangehörigen teilt, sondern in dem er für sich allein lebt. Die Entscheidung des Versicherungsamts ist daher insoweit einwandfrei. — Worauf es beruht, daß im vorliegenden Falle der Versicherten das Krankengeld für mehr als 26 Wochen, nämlich für 197 statt für 183 Tage zugesprochen ist, läßt die Entscheidung allerdings nicht erkennen.

Erlöschen der Weiterversicherung durch Nichtzahlung der Beiträge, trotz Versehens der Kasse.

7. **Nach H.** Antwort: Wir unterstellen trotz gewisser Bedenken, daß der von der Arbeiterin F. schon während ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestellte Antrag auf Weiterversicherung für den Fall des Ausscheidens aus dieser Beschäftigung eine gültige Anzeige im Sinne des § 313 Abs. 2 RVO. darstellt und daß daher mit dem einen Monat später tatsächlich erfolgten Ausscheiden der F. aus der Beschäftigung die Weiterversicherung wirksam geworden ist (zu vgl. ArbVers. 1905 S. 109; 1915 S. 421; 1917 S. 359 Ziff. 5, S. 443). Dann ist sie aber gemäß § 314 Abs. 1 RVO. erloschen, weil die Entrichtung von Beiträgen auf Grund der Weiterversicherung in den seitdem vergangenen 15 Monaten unterblieben ist. Allerdings hatte sich die Kasse gegenüber dem Fürsorgeamte, welches die Kosten der Weiterversicherung von Kriegsteilnehmern und ihren Angehörigen übernommen hatte, allgemein damit einverstanden erklärt, die Namen dieser Personen in eine Sammelhebeliste einzutragen und diese allmonatlich dem Fürsorgeamt zu übersenden, das daraufhin die Beiträge für diese Personen zahlen sollte. Zu ihnen gehörte auch die F., deren Name jedoch durch das Versehen eines Angestellten der Kasse nicht in die Sammelhebeliste eingestellt worden ist. Hierdurch wird aber die Wirkung der zwingenden Vorschrift in § 314 Abs. 1 nicht aufgehoben. Es ist Sache des Weiterversicherten oder desjenigen, der die Entrichtung der Beiträge für ihn übernommen hat, für die regelmäßige Zahlung zu sorgen, um die Weiterversicherung fortlaufend aufrechtzuerhalten. Diese Sorge kann die Kasse ihm nicht in verbindlicher Weise mit der Wirkung abnehmen, daß die Rechtsfolge aus § 314 Abs. 1 im Fall eines Versehens der Kasse ausgeschlossen würde. Das Ansinnen, daß die Kasse jetzt noch, nachdem die F. erkrankt ist, die Beiträge für sie (für 15 Monate!) entgegennehmen und die Weiterversicherung gelten lassen solle, ist daher abzulehnen.

Ersatzanspruch des Armenverbandes, der nur Unterhalt im Krankenhause gewährt.

8. **Nach B.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse wurde vom Armenverband dem Krankenhause überwiesen, weil die Verpflegung zu Hause nicht genügte. Die Armenverwaltung forderte, daß die Krankenkasse dem Mitglied Arzt und Arzneien in natura leiste, das volle Krankengeld aber an die Armenverwaltung als Ersatz für die Kosten des Unterhalts im Krankenhause abliefere. Die Krankenkasse dagegen stellt sich auf den Standpunkt, daß, wenn die Armenverwaltung für ein Kassenmitglied die Fürsorge durch Einweisung in das Krankenhaus selbst übernimmt, sie demselben alles das gewähren muß, was nach Lage des Falles erforderlich ist, also auch Krankenpflege, und daß der Armenverwaltung lediglich ein Ersatzanspruch gegen die Kasse nach §§ 1531 ff. zusteht. Die Armenverwaltung kann nicht trennen und sagen: den einen Teil der Fürsorge (Krankenpflege) hat die Krankenkasse zu gewähren, den Unterhalt im Krankenhaus übernehmen wir und fordern als Ersatz von der Krankenkasse das Krankengeld. — Ferner hat die Armenverwaltung nach § 1506 Abs. 1 RVO. nur Anspruch auf das halbe Krankengeld. § 1507 regelt nur, in welcher Weise der Armenverband seinen Anspruch geltend machen kann, daß auf rückständiges Krankengeld bis zur vollen Höhe des nach § 1506 Abs. 1 RVO. berechneten Anspruchs zugegriffen werden kann.

Antwort: In beiden Punkten können wir der Kasse nicht zustimmen. Die Krankenhauspflege, welche die Krankenkasse nach § 184 RVO. an die Stelle der regelmäßigen Leistungen setzen kann, ist allerdings eine „einheitliche, unteilbare Gesamtleistung“ (Hahn, Anm. 2a zu § 184). Das gilt aber nicht für den Armenverband. Dieser hat eine Fürsorgepflicht nur in den Grenzen der Hilfsbedürftigkeit des Kranken, und er kann sich daher darauf beschränken, nur für den Unterhalt und die Wartung des Kranken zu sorgen, wenn es gerade hieran fehlt, während für ärztliche Behandlung und Heilmittel auf Grund der Krankenversicherung (§ 182 RVO.) hinreichend vorgesorgt, insoweit also Hilfsbedürftigkeit nicht anzunehmen ist. Daß der Armenverband für Unterhalt und Wartung durch Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus sorgt, verpflichtet ihn nicht, dem Kranken dort auch ärztliche Behandlung und Heilmittel bereitzustellen, wenn er diese von der Krankenkasse haben kann. — Für den Unterhalt des Unterstützten im Krankenhause ist nach ausdrücklicher Vorschrift des § 1533 Ziff. 3 RVO. die Hälfte des Grundlohns, also der volle, regelmäßige Betrag des Krankengeldes anzusetzen; und für den so berechneten Ersatzanspruch kann der Armenverband aus rückständigen Krankengeldbeträgen auch bis zur vollen Höhe Befriedigung verlangen, während auf laufende Krankengeldbeträge nur bis zu ihrer halben Höhe zugegriffen werden darf (§ 1507).

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. A. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1228 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 1. Dezember 1918. Heft 34

Zur Befreiung landwirtschaftlicher Arbeiter von der Krankenversicherungspflicht.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Zu den Vorschriften, die nach wie vor bei den Landkrankenkassen im Mittelpunkt des Interesses stehen, gehören die §§ 418, 419 RVO., in denen die Voraussetzungen für die Befreiung von landwirtschaftlichen Arbeitern und von Dienstboten von der Krankenversicherungspflicht geregelt sind. Bei jeder nur möglichen Gelegenheit werden die Nachteile, die diese Einrichtung für die Landkrankenkassen im Gefolge hat, hervorgehoben, um darzutun, daß die Beseitigung der fraglichen Vorschriften eine dringende Notwendigkeit bedeute. Es werden damit im wesentlichen die Erörterungen fortgesponnen, die schon bei Beratung des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung eingesetzt haben. Gehören doch die §§ 418, 419 zu den am meisten umstrittenen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Es fehlte in der Tat nicht viel, daß die Befreiung der landwirtschaftlichen Arbeiter von der Versicherungspflicht überhaupt aus dem Gesetz entfernt worden wäre. Der § 186 des Entwurfs, dem der jetzige § 173 RVO. entspricht, sah unter Ziff. 2 für alle Erwerbszweige und Berufe die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auf Antrag des Versicherten für Personen vor, die bei Erkrankung von ihrem Arbeitgeber einen Anspruch auf eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertigen Unterstützung hatten, vorausgesetzt, daß der Arbeitgeber die volle Unterstützung aus eigenen Mitteln deckte und seine Leistungsfähigkeit sicher war. Für die Landwirtschaft und die Dienstboten war in den §§ 447, 463 des Entwurfes die Besonderheit vorgesehen, daß das Recht, den Antrag auf Befreiung zu stellen, an Stelle des Versicherten dem Arbeitgeber zustehen sollte. Wegen der schlechten Erfahrungen, die mit dem vorbildlichen § 3a KVG. gemacht worden waren, wurde in der ersten Lesung der Reichsversicherungsordnung in der Reichstagskommission der § 186 Ziff. 2 des Entwurfs abgelehnt, obwohl sich gewichtige Stimmen für die Befreiung landwirtschaftlicher Arbeiter von der Versicherungspflicht geltend machten, dabei aber vorbehalten, an anderer Stelle, nämlich bei den besonderen Berufszweigen, auf die Frage zurückkommen. Die Regelung gelang aber erst in der zweiten Lesung, nachdem sich auch die verbündeten Regierungen sehr stark für die Beibehaltung der Möglichkeit der Befreiung eingesetzt hatten. Vgl. Komm. Ber. z. RVO. II S. 34. Es wurde dort folgendes ausgeführt:

„Ziehe man die tatsächlichen Verhältnisse in Rücksicht, so könne es keinem Zweifel unterliegen, daß vielfach die Vorschrift des § 186 Nr. 2 geradezu unentbehrlich sei. Von größter Bedeutung sei die Vorschrift für die

Ausdehnung der Versicherung auf die Landarbeiter und die Dienstboten. Diesen werde besonders auf den größeren Gütern und in den wohlhabenderen Familien, gegenwärtig meist ärztliche Behandlung durch den Hausarzt, sowie volle Verpflegung im Haushalt des Dienstherrn und daneben der ungekürzte Lohn gewährt. In diese, auch für die Angestellten besonders günstigen Verhältnisse durch den Versicherungszwang einzugreifen, liege kein Anlaß vor. Der Versicherungszwang werde in diesen Verhältnissen vom Standpunkt des Arbeitgebers vielfach zu unerträglichen Zuständen führen, beispielsweise, wenn eine Familie mehrere Dienstboten habe und diese etwa, weil ihre Kasse freie Ärztewahl habe, jeder einen anderen Arzt zu Rate ziehen könnten. Die Zuziehung des Hausarztes werde in solchen Fällen eine weit geringere Belästigung des Arbeitgebers sein. Ebenso würden die unerläßlichen Formalitäten der gesetzlichen Versicherung — die An- und Abmeldung, die Beitragsentrichtung — von den Arbeitgebern der Landarbeiter und der Dienstboten gegenüber dem jetzigen Zustand vielfach drückend empfunden werden. Die rücksichtslose Einführung des Versicherungszwanges werde in diesen Verhältnissen oft zu einer Beseitigung der im Interesse aller Beteiligten wünschenswerten persönlichen Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer führen."

Gegen die Befreiung der landwirtschaftlichen Arbeiter und der Dienstboten, die überdies als Bevorzugung der Großgrundbesitzer und wohlhabenden Klassen der Bevölkerung hingestellt wurde, wurden auch Bedenken aus der Leistungsfähigkeit der als neue Kassenart vorgesehenen Landkrankenkassen, die namentlich diese Beschäftigten zu ihren Mitgliedern zählen sollten, hergeleitet; sie werden insbesondere in folgenden Ausführungen zum Ausdruck gebracht:

„Der Antrag bilde nach verschiedenen Richtungen eine große Gefahr für die Landkrankenkassen. Nachdem durch die Zulassung kleiner landwirtschaftlicher Betriebskrankenkassen die Möglichkeit gegeben sei, den Landkrankenkassen die Arbeiter der großen Güter zu entziehen, wolle der Antrag ihnen auch die Arbeiter der mittleren, als leistungsfähig zu betrachtenden Güter wegnehmen, so daß schließlich diesen Kassen nur noch die Arbeiter der kleinsten bäuerlichen Besitzer und die sonstigen leistungsschwachen Landkassenpflichtigen verblieben. Dadurch werde die Leistungsfähigkeit der Landkrankenkassen aufs äußerste gefährdet, um so mehr, als gerade die ständigen Arbeiter der großen Güter ein besseres Risiko bildeten als die vorübergehend Beschäftigten und die Arbeiter der Kleinbauern. Weiter sei besonders bedenklich, daß die Landkassen verpflichtet sein sollten, die befreiten Versicherungspflichtigen nach Lösung des Arbeitsvertrages als freiwillige Mitglieder aufzunehmen. Hier würden die Landkassen ohne vorherige entsprechende Gegenleistung, die sie im Falle des § 326 — § 313 des Gesetzes — gehabt hätten, mit Personen belastet, die der Arbeitgeber, um sich von der Haftpflicht zu befreien, wegen drohender, insbesondere chronischer Krankheiten, wegen Schwangerschaft usw. rechtzeitig entlasse. Aber auch da, wo das Arbeitsverhältnis nicht aus solchen Gründen gelöst werde, werde die Landkasse durch den Eintritt der vorher nach § 447 — § 418 des Gesetzes — Befreiten geschädigt. Jugendliche und verheiratete, weibliche Personen bildeten ein sehr gutes Risiko, nach der Verheiratung trete das Gegenteil ein; das gute Risiko trage der Arbeitgeber, solange er selbst unverheiratete, nach § 447 — § 418 des Gesetzes — befreite Personen beschäftige; das schlechte Risiko, namentlich die Wochenhilfe, falle der Kasse zur Last, wenn wegen Verheiratung das Arbeitsverhältnis gelöst und die Versicherung freiwillig fortgesetzt werde."

Das weitere Bedenken, daß der Arbeitgeber nur bei ständigen Arbeitern von der Befreiung Gebrauch machen und die unständigen, namentlich die ausländischen Arbeiter, sowie unter den ständigen Arbeitern die alten und kränklichen als schlechteste Risiken den

Krankenkassen überlassen könne, wurde durch die Vorschrift ausgeräumt, daß der Arbeitgeber für alle in der Landwirtschaft beschäftigten Personen, soweit sie durch Vertrag zur regelmäßigen Arbeit für mindestens zwei Wochen verpflichtet sind, den Befreiungsantrag stellen muß, während der behaupteten Belastung aus Gewährung der Wochenhilfe die Vorschrift des § 197 RVO., wonach eine Verteilung des Wochengeldes nach der Zeit der Mitgliedschaft vorgesehen ist, entgegengehalten werden konnte.

Auch bei den Landkrankenkassen hat sich während des Krieges die Zusammensetzung des Mitgliederkreises wesentlich geändert. Die besonders wertvollen Versicherungswagnisse sind durch die Einziehung der jüngeren Arbeitskräfte zum Heeresdienst erheblich vermindert worden. An ihre Stelle sind die nicht versicherungspflichtigen Kriegsgefangenen oder die früheren polnischen Saisonarbeiter russischer Nationalität, die erst durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Krankenversicherung von Ausländern während des Krieges, vom 2. November 1916 (RGBl. S. 1247) der Versicherungspflicht unterstellt worden sind, oder zahlreiche weibliche Arbeitskräfte, die als besonders schlechte Wagnisse anzusehen sind, getreten. Trotzdem aber hat die kurze Zeit der Erfahrungen ausgereicht, um festzustellen, daß die aus der Befreiung der landwirtschaftlichen Arbeiter für den Bestand und die Leistungsfähigkeit der Landkrankenkassen hergeleiteten Befürchtungen mehr wie berechtigt gewesen sind. Bei Landkrankenkassen, in deren Bezirken der Großgrundbesitz überwiegt, ist die Zahl der Mitglieder infolge der Befreiungen ganz erheblich zusammengeschrumpft, so daß jedenfalls die Verwaltung der Kasse wesentlich erschwert und verteuert worden ist. Denn da sich die Bezirke der Landkrankenkassen in der Regel über den Bezirk eines Landkreises erstrecken, so ist eine gewisse Dichtigkeit des Mitgliederbestandes die unerläßliche Voraussetzung für eine nicht zu umständliche Verwaltung. Vielfach ist durch die Vereinigung der Verwaltung der Allgemeinen Ortskrankenkasse mit derjenigen der Landkrankenkasse die Überwindung der Schwierigkeiten gelungen. Es darf aber nicht verkannt werden, daß von da bis zur Verschmelzung der beiden Kassen kein weiter Weg mehr ist, und daß durch die Beschäftigung der gleichen Angestellten in der Verwaltung beider Kassen den Gegnern der Landkrankenkasse eine beachtliche Waffe in die Hand gedrückt wird, zumal von diesen im Hinblick auf die Erfahrungen des Weltkrieges jeder Grund für eine abweichende Behandlung der landwirtschaftlichen Arbeiter, denen vor allem das Wahlrecht zu den Kassenorganen vorenthalten ist, vermißt wird.

Dafür, daß die landwirtschaftlichen Arbeiter durch die Befreiung gegenüber den bei den Krankenkassen Versicherten Nachteile erleiden, fehlt es an hinreichenden Nachweisen, zumal bei Säumnis des Arbeitgebers der Befreite nach § 422 RVO. von der zuständigen Krankenkasse die satzungsmäßigen Leistungen zu erhalten hat. Immerhin ist es nicht ausgeschlossen, daß der mehr an patriarchalische Verhältnisse gewöhnte Landarbeiter die ihm zustehenden Leistungen gegenüber seinem Arbeitgeber nicht mit dem gleichen Nachdruck geltend macht, wie gegenüber der Krankenkasse, ganz abgesehen davon, daß in Ermangelung einer entsprechenden Regelung im Gesetz für die Verfolgung der Ansprüche nur der ordentliche Rechtsweg gegeben ist; vgl. RVA. Entsch. vom 16. August 1915 (Amtl. Nachr. S. 667). Diese Nachteile werden aber dadurch mehr wie aufgewogen, daß der Arbeitgeber schon nach Lage der Verhältnisse in der Regel seinen Beschäftigten eine weit nachhaltigere Fürsorge zuwenden kann, als die Krankenkasse mit ihrem immerhin schwerfälligen Apparat; das gilt namentlich für den Osten, wo die Krankenkassen mit schlechten Verbindungen und einer verhältnismäßig geringen Zahl von Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken zu rechnen haben. Dadurch kommt z. B. der Gutsherr in die Lage, seinen Beschäftigten die gleiche Krankenpflege zuzuwenden, wie seinen Familienangehörigen. Auch hat er für seine Beschäftigten vielfach

besondere Fürsorgeeinrichtungen getroffen, die, wenn auch einfacherer Natur, immerhin nach den ganzen Verhältnissen als recht wertvoll erscheinen und dem Heilbedürfnis in der überwiegenden Zahl der Fälle ausreichend Rechnung tragen.

Darüber, daß die Krankenkassen schon oft genötigt gewesen sind, auf Grund des § 422 RVO. an Stelle des nicht oder nicht genügend leistenden Arbeitgebers die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren und von dem Arbeitgeber Ersatz zu fordern, ist bisher nichts bekannt geworden. Es wäre jedenfalls von Interesse, hierüber tatsächliche Unterlagen zu gewinnen, zumal eine Änderung des Gesetzes nicht wohl erreicht werden kann, wenn aus dem bestehenden Rechtszustand für die Versicherten Unzuträglichkeiten nicht erwachsen sind. Nicht ausgeschlossen erscheint es, daß in einzelnen Fällen die Krankenkassen den Befreiten Leistungen gewährt haben, ohne daß die tatsächlichen Voraussetzungen für diese Aushilfepflicht vorgelegen haben, so daß der Ersatzanspruch gegen den Arbeitgeber abgewiesen werden mußte. Hierin würde wenigstens eine Erklärung für die Forderung der Landkrankenkassen nach der Abmeldepflicht hinsichtlich der Befreiten bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gefunden werden können. Auch das Reichsversicherungsamt hat es für unbedingt notwendig erklärt, daß die Kassen wegen ihrer Aushilfepflicht die Namen der befreiten Beschäftigten genau wissen und damit gerade letzten Endes die Auffassung gerechtfertigt, daß in dem Befreiungsantrage die zu Befreienden namentlich aufzuführen seien und die Befreiung nur die in dem Antrage bezeichneten Beschäftigten, also nicht die später angenommenen Beschäftigten, erfasse, so daß bei jedem Wechsel in der Person der Beschäftigten ein neuer Befreiungsantrag gestellt werden müsse. In der grundsätzlichen Entsch. vom 6. Oktober 1917 (Amtl. Nachr. S. 652), in der die in der Entsch. vom 6. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 452) aufgestellten Grundsätze nochmals gewürdigt und bestätigt worden sind, wird hierzu folgendes ausgeführt:

„Die namentliche Bezeichnung ist aber nicht zu entbehren. Nach § 422 Abs. 1 RVO. hat die Kasse dem Befreiten auf seinen Antrag die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren, soweit der Arbeitgeber die versprochene Unterstützung nicht leistet. In solchen Fällen muß die Kasse alsbald feststellen können, ob der Erkrankte zu den befreiten Personen gehört. Hierzu ist sie ohne Weiterungen regelmäßig nur dann in der Lage, wenn sich der Name des Beschäftigten aus dem Befreiungsantrage, sei es allein, sei es in Verbindung mit sonstigen Schriftstücken, ergibt. Mit Recht bemerkt Hahn — ArbVers. 1917 S. 410 —, daß die Kasse ein dringendes Interesse habe zu erfahren, wer die einzelnen Beschäftigten seien, für die sie gegebenenfalls einzutreten habe. Aus diesen Darlegungen folgt ebenfalls, daß die Befreiung nicht allgemein für alle künftigen Beschäftigten beantragt und erteilt werden kann. Denn eine namentliche Bezeichnung solcher Beschäftigten ist in der Regel nicht möglich."

Diese Ausführungen können die Notwendigkeit für die Stellung eines neuen Befreiungsantrags bei jedesmaliger Änderung in der Person der Beschäftigten nicht begründen, denn sie gehen von der nicht zutreffenden Erwägung aus, daß die Kassen es für ausreichend ansehen sollen, wenn der eine Unterstützung nachsuchende Befreite im Befreiungsantrag aufgeführt ist. Ganz abgesehen davon, daß sich die Kassen gegen die aushilfsweise Gewährung nachdrücklichst sträuben und aus eigenem Antrieb in Verhandlungen mit dem Arbeitgeber eintreten werden, kann die Aufführung der betreffenden Person im Befreiungsantrage allein keine ausreichende Unterlage für die Leistungspflicht der Kasse nach § 422 Abs. 1 RVO. abgeben. Zum mindesten muß die Kasse feststellen, ob der Befreite noch in dem Beschäftigungsverhältnis steht, auf Grund dessen die Befreiung beantragt worden ist. Denn, wenn der Befreite inzwischen seine

Stelle verlassen hat, fehlt es, sofern nicht die Krankheit das Ende des Beschäftigungsverhältnisses überdauert, an der notwendigen Voraussetzung für die Leistungspflicht der Kasse. Das ist auch in den Kreisen der Landkrankenkassen bereits richtig erkannt, indem verlangt wird, daß der Arbeitgeber gehalten sein soll, bei Entlassung des Befreiten aus dem Beschäftigungsverhältnis der Kasse eine Meldung zugehen zu lassen. Wenn jedoch diese Verpflichtung zur Abmeldung schon nach dem bestehenden Recht als vorliegend angenommen wird, so muß dies als eine nicht zutreffende Beurteilung der Rechtslage bezeichnet werden. Nach dem klaren Wortlaut des § 317 Abs. 1 RVO. ist das Ende der Beschäftigung nur bei Beschäftigten zu melden, die zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse verpflichtet sind. Wer aber von der Versicherungspflicht befreit ist, kann nicht mehr als versicherungspflichtiges Mitglied einer Kasse angesprochen werden. Seine Beziehungen zur Krankenversicherung sind vollständig gelöst, denn, wie das RVA. in der grundsätzlichen Entscheidung vom 17. Juni 1916 (Amtl. Nachr. S. 594) zutreffend ausgesprochen hat, gilt die Befreiung nicht nur gegenüber der Kasse, deren Vorstand die Befreiung ausgesprochen hat, sondern auch gegenüber allen anderen Kassen, so daß, wenn bei fortbestehendem Beschäftigungsverhältnis der Arbeitgeber seinen Betrieb in den Bezirk einer anderen Kasse verlegen würde, die Kasse die Versicherungsfreiheit gegen sich gelten lassen müßte. Aber auch der Einführung der Abmeldepflicht in den Fällen der vorliegenden Art durch eine Änderung des Gesetzes kann nicht das Wort geredet werden, da dadurch nur eine neue Belästigung der Arbeitgeber eingeführt werden würde, der für die Kasse ein greifbarer Nutzen schon deshalb nicht gegenüberstehen würde, weil keine Gewähr dafür besteht, daß die Arbeitgeber immer rechtzeitig abmelden. Die Kassen würden sich trotz der Abmeldepflicht wohl hüten, für einen nicht abgemeldeten Befreiten ohne weiteres nach § 422 RVO. einzutreten. Auf der anderen Seite sind sie bei fortdauernder Krankheit trotz Abmeldung und Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses zur Aushilfe verpflichtet.

Auch bei An- und Abmeldung ist die Krankenkasse niemals in der Lage, ohne weiteres an Stelle des säumigen Arbeitgebers die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren, auch wenn sie daraufhin „ohne Weiterungen" feststellen könnte, ob der Erkrankte zu den Befreiten gehört. Bekanntlich hat es das Reichsversicherungsamt in der grundsätzlichen Entscheidung vom 6. Februar 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 452) für ausreichend erklärt, daß der Arbeitgeber die allgemeine Erklärung, gleichwertige Leistungen gewähren zu wollen, abgebe und daß daher eine Bezeichnung der einzelnen zugesicherten Leistungen nicht verlangt werden könne. Die Beschäftigten würden dadurch nicht geschädigt, weil nach § 422 RVO. die zuständige Krankenkasse, wenn der Arbeitgeber nicht oder nicht ausreichend leiste, die satzungsmäßigen Leistungen gewähren müsse. Mit vollem Recht hat Hahn in der Arb.-Vers. 1915 S. 388 darauf hingewiesen, daß bei einer solchen Rechtslage der Kassenvorstand gar nicht in der Lage ist, die Gleichwertigkeit der zugesicherten Leistungen zu beurteilen. Das habe zur notwendigen Folge, daß der Vorstand seine Entscheidung ins Ungewisse hinein treffen und sich vorbehalten müsse, im Einzelfall bei Vorliegen des Unterstützungsantrags eines Befreiten in die Prüfung der Gleichwertigkeit der vom Arbeitgeber versprochenen Leistungen einzutreten. Entweder würde die Kasse dann in jedem Fall annehmen können, daß der Arbeitgeber nicht gleichwertige Leistungen gewähre oder grundsätzlich davon ausgehen, daß die einmal ausgesprochene Befreiung maßgebend und daß alles, was der Arbeitgeber schließlich gewähre, gleichwertig sei. In der Tat ist die Befürchtung, daß sich die Kassenvorstände gegenüber etwaigen Anträgen der Befreiten auf Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen, vorwiegend ablehnend

verhalten werden, wegen der naheliegenden Gefahr, vom Arbeitgeber keinen Ersatz zu erhalten, weil die Versicherungsbehörden im Spruchverfahren des § 422 Abs. 3 RVO. auf Grund der von ihnen vorgenommenen Prüfung zu dem Ergebnis gelangen, daß der Arbeitgeber seiner Verpflichtung genügend nachgekommen und die Kasse zur aushilfsweisen Gewährung der Unterstützungen nicht befugt gewesen sei. In einem solchen Falle werde dann die Kasse leer ausgehen, sie habe geleistet, ohne in Beiträgen oder vom Arbeitgeber für ihre Aufwendungen Ersatz zu erhalten.

Den Schaden haben auf die Dauer die Versicherten, die alsdann nur rechnen müssen, daß die Kassen gewohnheitswidrig alle Anträge auf Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen ablehnen werden, ohne daß gegen dieses ablehnende Verhalten im Aufsichtswege Abhilfe erzielt werden könnte. Denn die Aufsichtsbehörden sind nicht befugt, die Krankenkassen zur Gewährung nicht rechtskräftig feststehender Leistungen anzuhalten, vgl. RVA. Entsch. vom 17. Juni 1916 (Amtl. Nachr. S. 647). Die Befreiten sind vielmehr genötigt, den Anspruch gegen die Krankenkasse im Spruchverfahren nach § 1636 ff. RVO. geltend zu machen. Unter diesen Umständen müssen die Kassen jedenfalls, wenn sie leisten wollen, in eine eingehende Prüfung der in Betracht kommenden Verhältnisse eintreten; auch die Feststellung der Tatsache, daß die betreffende Person im Befreiungsantrage oder in den damit im Zusammenhang stehenden Schriftstücken aufgeführt, dürfen sie sich nicht beschränken; vor Schaden werden sie dadurch nicht geschützt. Daraus ergibt sich aber weiter die notwendige Folge, daß aus dem Fortfall des Erfordernisses der namentlichen Aufführung der zu Befreienden im Antrag und aus der Ausdehnung der Versicherungsfreiheit auf alle von dem betreffenden Arbeitgeber beschäftigten und noch zu beschäftigenden Personen der Kasse kein Nachteil erwachsen kann. Im Gegenteil können sie mit dem Vorteil rechnen, von einer Menge überflüssiger Verwaltungsarbeit befreit zu werden.

Nur Rücksichten auf den Bestand und die Leistungsfähigkeit der Landkrankenkassen könnten zu einer Beseitigung der §§ 418, 419 RVO. führen, die aus der mangelhaften Fassung der Vorschriften entsprungenen Unzuträglichkeiten und Zweifel werden durch eine Änderung des Gesetzes mit Leichtigkeit zu beseitigen sein. Aber selbst wenn vereinzelt für die Krankenkassen Unzuträglichkeiten aus der Befreiung der landwirtschaftlichen Arbeiter nachgewiesen werden könnten, so müßte zunächst auch feststehen, daß mit der Befreiung nicht mehr die Vorteile für die Beteiligten verbunden sind, die auch von den verbündeten Regierungen seiner Zeit besonders hervorgehoben sind. Es wäre nicht undenkbar, daß alsdann in manchen Gegenden eine Verschlechterung in der Fürsorge für erkrankte landwirtschaftliche Arbeiter eintreten würde. Jedenfalls müßte aber, wenn die Interessen der Landkrankenkassen den Ausschlag geben sollen, die Errichtung von Betriebskrankenkassen für ländliche Betriebe ausgeschlossen werden, da mit Sicherheit angenommen werden kann, daß die Arbeitgeber, die heute ihre Arbeiter befreien lassen, zur Errichtung von Betriebskrankenkassen übergehen werden, wenn die Befreiung nicht mehr möglich ist. Durch die Betriebskrankenkassen wird naturgemäß der Mitgliederbestand der Landkrankenkassen ebenso in Mitleidenschaft gezogen werden, wie durch die Befreiung. Dazu kommt, daß mit dem Ausscheiden der landwirtschaftlichen Arbeiter aus der Betriebskrankenkasse sofort die Leistungspflicht der Landkrankenkasse eintritt, während nach § 419 RVO. dem Arbeitgeber der Befreiten auch über die Beendigung des Arbeitsvertrags hinaus in gewissem Umfang die Unterstützungspflicht verbleibt.

Bleibt es aber bei der Befreiung, so müssen die Unzuträglichkeiten, die bei der Handhabung der einschlägigen Vorschriften hervorgetreten sind, durch eine Änderung des

Gesetzes behoben werden. Sie sind hauptsächlich dadurch entstanden, daß die §§ 418, 419 in der jetzigen Fassung von der Reichstagskommission in das Gesetz aufgenommen sind und bei dem heftigen Streit um den Grundsatz der Befreiung der landwirtschaftlichen Arbeiter von der Krankenversicherungspflicht die sorgfältige Fassung der Einzelheiten vernachlässigt worden ist. Es ist eine immer wiederkehrende Erfahrung, daß Änderungen der Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung durch den Reichstag bei der Durchführung des Gesetzes Ergebnisse zeitigen, die niemand gewollt hat. Das hat seinen Grund darin, daß die soziale Versicherungs-Gesetzgebung, obwohl ihre Ausführung zum großen Teil in Händen von Laien ruht, Schwierigkeiten bietet, wie kaum ein anderes Gesetz. Vor allen Dingen gilt das von der Krankenversicherung, die für ihre zutreffende Gestaltung eine völlige Beherrschung des Stoffes voraussetzt, zumal die Folgen einer harmlos aussehenden Änderung erst nach sorgsamster Prüfung aller einschlägigen Verhältnisse zu übersehen sind. Zunächst müßte klar zum Ausdruck gebracht werden, daß der Arbeitgeber nicht nur „bei Erkrankung", sondern in allen Fällen, in denen die zuständige Kasse leistungspflichtig ist, an Stelle der Kasse für den Befreiten einzutreten hat. Die Worte „bei Erkrankung" hat die Reichstagskommission aus dem vorbildlichen § 136 des Gesetzes, betr. die Kranken- und Unfallversicherung in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben vom 5. Mai 1886 (RGBl. S. 132) übernommen. Dort umfaßte der Begriff nur die Krankheiten im eigentlichen Sinne, denn es war nur der Rechtsanspruch auf die Leistungen der Gemeindekrankenversicherung vom Arbeitgeber zuzusichern. Diese aber gewährten weder Wochengeld noch Sterbegeld. Sollte die Vorschrift in den Rahmen der Reichsversicherungsordnung passen, so mußte berücksichtigt werden, daß die Leistungen der Krankenkassen weiter gehen als diejenigen der Gemeindekrankenversicherung. Die Worte „bei Erkrankung" könnten, ohne den Sinn der Vorschrift zu gefährden, unbedenklich fortfallen.

Nach § 418 RVO. wird die Zusicherung von Unterstützungen verlangt, die den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertig sind. Bei Beantwortung der Frage, was unter gleichwertigen Leistungen zu verstehen ist, tauchen allerhand Zweifel auf. Genügt vor allem dazu, wie in der Begründung zum Gesetz vom 5. Mai 1886 angenommen worden ist, die Zusicherung des fortdauernden Lohnbezuges, um jede weitere Leistung des Arbeitgebers überflüssig zu machen? Das wird kaum anzunehmen sein. Jedenfalls dann nicht, wenn die Gewährung von Naturallöhnung in Frage kommt, da alsdann der Arbeiter in kranken Tagen nicht mehr erhält als in gesunden Tagen und vor Einführung der Krankenversicherung. Würde angenommen, daß der Arbeitgeber alle Leistungen der Krankenversicherung gewähren muß, so würde weiter die Frage entstehen, ob erhöhte Leistungen auf einem Gebiete der Krankenversicherung niedrigere Leistungen auf einem anderen Gebiete ersetzen oder ergänzen können, so daß z. B. bei Mehrleistungen der Wochenhilfe von der Zahlung des Sterbegeldes abgesehen werden kann. Überhaupt bietet die Prüfung der Gleichwertigkeit der Leistungen den Krankenkassen so viel Schwierigkeiten, daß es unbedingt erforderlich ist, hier eine klare Grundlage zu schaffen. Das wird am einfachsten dadurch erreicht, daß die Arbeitgeber die „gleichen" Barleistungen und „gleichwertige" Sachleistungen zu gewähren verpflichtet würden. Nur für Sachleistungen muß die Gleichwertigkeit aufrecht erhalten bleiben, um den Arbeitgeber nicht vor unüberwindliche Schwierigkeiten zu stellen. Es soll damit nachgelassen werden, daß der Arbeitgeber dem Befreiten auch freie Ärztewahl zusichert, wenn die Krankenkasse eine solche gewährt usw. Geschieht dies, so genügt die im Antrage abgegebene Erklärung des Arbeitgebers, gleiche Barleistungen und gleichwertige Sachleistungen gewähren zu wollen. Damit sind alle Schwierigkeiten nicht nur für die Prüfung der Befreiungs-

anträge in diesem Punkte, sondern auch für die Ersatzpflicht der Krankenkassen aus dem Wege geräumt.

Als durchaus unerfreulich muß es bezeichnet werden, daß die Befreiten den Anspruch auf die ihnen zugesicherte Unterstützung gegen den Arbeitgeber im ordentlichen Rechtsweg geltend machen müssen. Die Ausdehnung der Zuständigkeit der Versicherungsbehörden auf diese Streitigkeiten ist unbedingt geboten, da sie mit der Durchführung der Krankenversicherung im engsten Zusammenhange stehen. Nur daraus, daß der § 418 erst im Reichstage in die Reichsversicherungsordnung aufgenommen worden ist, läßt sich eine Erklärung für das Fehlen des § 418 im § 1551 RVO. herleiten. Denn es wäre nicht einzusehen, warum der Anspruch auf Krankenhilfe, den der nicht gegen Krankheit versicherte Unfallverletzte gegen seinen Arbeitgeber nach § 577 RVO. oder der nicht versicherte landwirtschaftliche Arbeiter bei Unfällen gegen die Gemeinde nach § 942 RVO. während der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall hat, als Leistung der Krankenversicherung bezeichnet ist, während der ganz gleich liegende Anspruch des befreiten landwirtschaftlichen Arbeiters gegen seinen Arbeitgeber aus § 418 RVO. es nicht sein soll.

Nach § 419 Abs. 1 RVO. kann das Versicherungsamt von Amts wegen oder auf Antrag des Befreiten feststellen, daß der Arbeitgeber nicht mehr leistungsfähig ist, alsdann erlischt die Befreiung. Die hier geregelte Möglichkeit des Widerrufs der Befreiung erscheint nicht ausreichend. Das Reichsversicherungsamt hat in einer grundsätzlichen Entscheidung vom 9. Dezember 1916 (Amtl. Nachr. 1917 S. 272) auch dem Kassenvorstand ein Widerspruchsrecht für den Fall zugesprochen, daß der Arbeitgeber einen späteren Beschäftigten nicht anmeldet oder die Unterstützungen nicht aus eigenen Mitteln deckt. Für diese Befugnis des Kassenvorstandes muß jedenfalls eine rechtliche Unterlage im Gesetz geschaffen werden, wobei zu erwägen ist, ob das Widerrufsrecht nicht in allen Fällen dem Kassenvorstand oder dem Versicherungsamt zukommen soll. Jedenfalls sollte aber die Befreiung erlöschen, wenn die Kasse für den Arbeitgeber gemäß § 422 RVO. hat leisten müssen. Auch sollte im § 418 RVO. vorgesehen werden, daß dem Antrag eines solchen Arbeitgebers auf Befreiung seiner Beschäftigten grundsätzlich nicht mehr entsprochen werden darf.

Die von den Krankenkassen an die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers gestellten weitgehenden Anforderungen sind bereits durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf das richtige Maß zurückgeführt worden. Wenn die Leistungsfähigkeit gerichts- oder offenkundig ist, so soll von ihrer Prüfung überhaupt Abstand genommen werden; vgl. RVA. Entsch. vom 6. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 452), die Hinterlegung einer Sicherheit darf nicht ein für allemal, sondern nur dann gefordert werden, wenn ohne eine solche die Verhältnisse des Arbeitgebers keine unbedingt höhere Gewähr für die Erfüllung der übernommenen Verpflichtungen bieten; vgl. RVA. Entsch. vom 6. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 513). Dagegen hat auch das Reichsversicherungsamt die Rückversicherung des Arbeitgebers allein für die Begründung seiner Leistungsfähigkeit nicht für ausreichend erklärt; vgl. Entsch. vom 17. März 1917 (Amtl. Nachr. S. 472). Für diese, übrigens auch mit den sonstigen rechtlichen Anschauungen über Sicherheitsleistung kaum zu vereinbarende Auffassung liegt kein Grund vor. Da sie sich auf die Ausführungen eines Regierungsvertreters in der Reichstagskommission, in denen es für notwendig bezeichnet wurde, daß die hinreichende Leistungsfähigkeit in der Person des Arbeitgebers begründet sei, vgl. Komm. Ber. z. RVO. II S. 391, stützen, so wird es genügen, in der Begründung hervorzuheben, daß die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers durch eine Rückversicherung nicht nur erhöht, sondern auch begründet werden kann.

Nach § 419 Abs. 2 RVO. hat die Krankenkasse für Versicherungsfälle, die bei Ab-

lauf der Befreiung bereits eingetreten sind, nichts zu leisten. Diese Vorschrift erscheint, soweit ihr Inhalt von sachlicher Bedeutung ist, überflüssig; außerdem gibt sie zu falschen Vorstellungen Anlaß. Wird das Beschäftigungsverhältnis bei Arbeitsunfähigkeit gelöst, so ist für den Arbeitgeber des befreiten landwirtschaftlichen Arbeiters die Abschiebung an die Krankenkasse ohnehin unmöglich, weil im Zeitpunkte des Eintritts des Versicherungsfalls der Anspruch gegen den Arbeitgeber in seinem ganzen Umfang erworben ist — vgl. RVA. Entsch. vom 27. März 1917 (Amtl. Nachr. S. 462) — und der Arbeitgeber den erworbenen Anspruch des Befreiten bis zum Ende der Unterstützungsdauer befriedigen muß. Leistet der Arbeitgeber nicht oder nicht genügend, so muß die Kasse nach § 422 RVO. doch aushilfsweise eintreten. Im übrigen ist die Abschiebung an eine andere Kasse auch aus dem Grunde nicht möglich, weil der arbeitsunfähige Befreite die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nicht erwerben kann. Danach würde nur der Übergang des Unterstützungsanspruchs eines arbeitsfähig erkrankten Beschäftigten in Frage kommen. Für diesen ohnehin seltenen Fall eine Ausnahme von der Regel des § 212 RVO. in der Behandlung schwebender Unterstützungsansprüche eintreten zu lassen, liegt kein ausreichender Anlaß vor. Jedenfalls müßte sie auch dann Geltung haben, wenn ein Versicherter die Mitgliedschaft bei einer Betriebskrankenkasse aufgibt und während der Erkrankung auf Grund seiner fortdauernden Beschäftigung Mitglied einer anderen Krankenkasse wird.

Der Anspruch auf die Regelleistungen für Versicherungsfälle, die innerhalb drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung wegen Erwerbslosigkeit eintreten, setzt eine bestimmte Dauer der Versicherung voraus. Im § 419 RVO. ist zwar vorgeschrieben, daß der Arbeitgeber dem Befreiten die Regelleistungen zu gewähren hat, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, es fehlt aber eine Vorschrift darüber, daß die Zeit der Befreiung bei Anwendung des § 214 RVO. als Zeit der Versicherung gerechnet werden soll. In dieser Richtung wäre der § 419 Abs. 2 RVO. zu ergänzen, der für die übrigen Fälle, in denen eine gewisse Zeit der Versicherung die Vorbedingung für den Unterstützungsausspruch ausmacht, diesen Grundsatz ausspricht.

Als höchst unklar muß auch die Vorschrift des § 418 Abs. 2 RVO. über das Beschwerdeverfahren bezeichnet werden. Ihre Fassung läßt nicht erkennen, ob die Beschwerde gegen die Entscheidung des Kassenvorstandes über den Befreiungsantrag sofort an das Oberversicherungsamt oder zunächst an das Versicherungsamt und dann erst weiter an das Oberversicherungsamt geht. Da kein Grund vorliegt, das Oberversicherungsamt mit diesen Dingen von untergeordneter Bedeutung zu befassen, so dürfte in erster Linie die Streichung dieser Vorschrift zu empfehlen sein. Wird sie aber beibehalten, so muß sie so gefaßt werden, daß sie der durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts — vgl. Entsch. vom 18. April 1914 (Amtl. Nachr. S. 519) — geschaffenen Rechtslage entspricht.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 10 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Oktober 1918.)

I. Unfallversicherung.

Die Ausschließung des Rekurses gemäß § 1700 Ziff. 3 RVO. bezieht sich auch auf Fälle, in denen die Überweisung der Rente des Verletzten an Angehörige nach § 615 Ziff. 1 Abs. 2 erfolgt und der Zeitraum der Unterbringung des Verletzten in einem Arbeitshause begrenzt oder bereits abgelaufen ist (3005 S. 466).

Aufrechnung aus § 622 RVO. wegen Ersatzansprüchen einer Genossenschaft aus §§ 903, 904 ist gegenüber dem Rentenberechtigten nicht zulässig (3006 S. 467).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Zahlung des Hausgeldes nach § 186 RVO. ist die Krankenkasse nur verpflichtet, wenn sie selbst die Krankenhauspflege dem Versicherten gewährt (2489 S. 471).

Als erwerbsunfähig im Sinne des § 1260 RVO. ist derjenige Ehemann anzusehen, der in solchem Grade unfähig ist, einem Lohnerwerbe nachzugehen, daß an seiner Stelle die Ehefrau den Lebensunterhalt der Familie mehr als zur Hälfte aus ihrem Arbeitsverdienste bestreiten mußte (2490 S. 472).

B. Allgemeines.

Verordnung des Rats der Volksbeauftragten über Forterhebung der Pauschbeträge, die von den Versicherungsträgern zu den Kosten der Oberversicherungsämter zu erheben sind.

(Vom 12. November 1918 (RGBl. S. 1309).

Die nach der Bekanntmachung vom 22. Oktober 1914 über Pauschbeträge, die von den Versicherungsträgern zu den Kosten der Oberversicherungsämter zu entrichten sind (RGBl. S. 477) festgesetzten Beträge werden bis zum Ablauf des Jahres, das auf das Jahr folgt, in welchem der Krieg beendet ist, forterhoben.

Diese Verordnung hat Gesetzeskraft.

Erstattung außergerichtlicher Kosten im Beschlußverfahren.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Juni 1918 (2478, Amtl. Nachr. 1918 S. 445).

Dem Oberversicherungsamt ist darin beizutreten, daß ein allgemeiner Rechtsgrundsatz, wonach die in einem Streitverfahren unterliegende Partei der obsiegenden die außergerichtlichen Kosten zu erstatten hat, nicht besteht. Ebensowenig kann § 91 der Zivilprozeßordnung, der die Kostenerstattungspflicht in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten regelt, auf das Verfahren vor den Instanzen der Arbeiterversicherung angewendet werden. Im Gegenteil ergibt sich aus § 1670 RVO., daß auf dem Gebiete der Reichsversicherung der unterliegenden Partei eine derartige allgemeine Kostenerstattungspflicht auch im Spruchverfahren ebensowenig obliegt, wie das nach § 21 der Verordnung, betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten, vom 22. November 1900 der Fall war. § 1670 ist nämlich nicht nur, wie nach seiner Fassung „Bei der Verhandlung wird von Amts wegen geprüft, ob und in welchem Betrage die unterlegene Partei dem Gegner seine Kosten zu erstatten hat“ angenommen werden könnte, eine Verfahrensvorschrift, sondern enthält gleichzeitig, was übrigens auch aus dem Mangel jeder anderen einschlägigen Vorschrift der Reichsversicherungsordnung erhellt, die materiellrechtliche Vorschrift, daß es in das freie, durch Billigkeitsgründe geleitete Ermessen der Versicherungsbehörden gestellt ist, ob und in welcher Höhe die unterlegene Partei dem Gegner im Einzelfall außergerichtliche Kosten zu erstatten hat. In Anwendung dieses Grundsatzes ist in der Rechtsübung der Versicherungsbehörden den obsiegenden Versicherungsträgern nur in seltenen Ausnahmefällen Kostenersatz zugesprochen worden (zu vgl. Isenbart-Spielhagen, Invalidenversicherungsgesetz, Anm. 4 zu § 21 der Schiedsgerichtsordnung). Wenn § 35 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 den § 1670 für die Kosten auch außerhalb des Spruchverfahrens für anwendbar erklärt, so wird damit auch der eben bezeichnete materiellrechtliche Grundsatz über die Kostenerstattungspflicht auf das Beschlußverfahren übertragen. Diese Auffassung hat das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2918 (Amtl. Nachr. 1916 S. 726) für den dem § 35 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 entsprechenden § 40 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren des Reichsversicherungsamts vom 24. Dezember 1911 vertreten. Demgegenüber steht die Vorinstanz auf dem Standpunkt, daß eine materiellrechtliche Vorschrift über die Kostenerstattungspflicht durch Kaiserliche Verordnung nicht hätte getroffen werden können, weil § 35 RVO. der Kaiserlichen Verordnung nur die Ordnung des Geschäftsganges und des Verfahrens der Versicherungsbehörden zugewiesen habe. Hierbei ist übersehen, daß, wie bereits hervorgehoben, die materiellrechtliche Regelung der Kostenerstattungspflicht im Spruchverfahren lediglich durch § 1670 RVO. erfolgt ist, der gleichzeitig das Verfahren regelt und in dem das Verfahren behandelnden 6. Buche in dem Unterabschnitt „Verfahren vor dem Versicherungsamt“ steht, wie ja auch die Regelung der Frage für das bürgerliche Streitverfahren nicht im Bürgerlichen Gesetzbuch, sondern in der Zivilprozeßordnung getroffen ist. Hiernach muß angenommen werden, daß zu den Verfahrensvorschriften im Sinne des § 35 RVO. auch diejenigen zugleich materiellrechtlichen Vorschriften zu rechnen sind, welche, wie § 1670, im 6. Buche der Reichsversicherungsordnung enthalten sind, und daß daher die Übertragung der in dieser Vorschrift vorgesehenen Regelung der Kostenerstattung auf das Beschlußverfahren im § 35 RVO. eine ausreichende rechtliche Grundlage findet. Die Zubilligung außergerichtlicher

Kosten an die obsiegende Partei ist somit auch im Beschlußverfahren zulässig. Mit Rücksicht darauf, daß der Rechtsanwalt Dr. J. eine Reihe von Schriftsätzen eingereicht hat und auch bei einer Beweisaufnahme vertreten war, erschien der geforderte Betrag von 30 ℳ angemessen. Der Beschluß des Oberversicherungsamts vom 30. November 1917 war daher entsprechend zu ergänzen.

C. Zur Krankenversicherung.

Rechtsfolgen der Aufhebung des Hilfsdienstgesetzes.

Verfügung des **Versicherungsamts der Stadt Görlitz** vom 14. November 1918.

In sämtlichen deutschen Zeitungen ist eine Bekanntmachung veröffentlicht, nach welcher u. a. das Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst aufgehoben ist, und zwar unter dem 12. November 1918 mit sofortiger Gesetzkraft. Mit der Aufhebung dieses Gesetzes fallen daher auch die zu diesem erlassenen Ausführungsbestimmungen fort, insbesondere also die vom 6. Juli 1917 (RGBl. S. 591, ArbVers. S. 515) bezüglich der Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes.

Da nicht feststeht, zu welchem Zeitpunkt die Bekanntmachung vom 12. November ergangen ist, wird dieser Tag im Interesse der Berechtigten noch mitzuberechnen sein, so daß vom 13. November ab, da es keinen „vaterländischen Hilfsdienst" mehr geben kann, Zahlungen von Wochenhilfe auf Grund der Bekanntmachung vom 6. Juli 1917 nicht mehr geleistet werden können.

Die Krankenkassen wollen hiervon Kenntnis nehmen, da der Lieferungsverband jedenfalls Erstattung ablehnen müßte. Nur für Entbindungsfälle, die vor Aufhebung des Gesetzes erfolgt sind, wird dem aus § 211 RVO. zu entnehmenden Grundsatz entsprechend Weiterzahlung zu leisten sein.

Bezüglich der Versicherungspflicht der im Hilfsdienst beschäftigt gewesenen Personen wird anzunehmen sein, daß diese vom 13. November ab berechtigt sein werden, sich freiwillig weiter zu versichern (§ 313 RVO.), falls dieselben nicht zufolge ihrer weiteren Tätigkeit versicherungspflichtig werden.

Anmerkung: Die in Frage stehende Bekanntmachung ist mit Gesetzeskraft in der am 14. November 1918 in Berlin ausgegebenen Nr. 153 (S. 1303) des Reichs-Gesetzblatts erfolgt, also mit diesem Tage in Kraft getreten. — Der Einsender, Herr Geh. Justizrat Baum bemerkt, daß der gegenwärtige Gesetzgeber diese Folgen wohl nicht beabsichtigt haben dürfte. Das möchten auch wir meinen. Gleichwohl müssen diese Folgen unabweislich eintreten, wenn die Voraussetzung eines „vaterländischen Hilfs- fällt. Das gilt aber, soweit es sich um Reichswochenhilfe handelt, nur für die nach dem 14. 11. 18 eintretenden Entbindungsfälle, während die Ansprüche aus vorher eingetretenen unberührt bleiben vermöge des allgemeinen Rechtsgrundsatzes, daß Gesetze, soweit nichts anderes bestimmt ist, eine Rückwirkung auf bereits erworbene Ansprüche nicht äußern. Der Anspruch auf die Leistungen der Wochenhilfe entsteht mit der Niederkunft für die ganze gesetzliche Dauer und endet daher nicht infolge späterer Aufhebung des Gesetzes.

Verlängerung der Verträge mit Ärzten.

Verfügung des **Regierungspräsidenten in Düsseldorf** an die Versicherungsämter vom 27. September 1918.

Die Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen laufen zum 31. 12. 18 größtenteils ab. Wegen der Abwesenheit vieler Ärzte infolge des Krieges und wegen der wechselnden unsicheren Verhältnisse während seiner Dauer möchte es sich empfehlen, auf eine Verständigung der Parteien dahin einzuwirken, daß die jetzt geltenden Verträge bis zum Schluß des Kalenderjahres verlängert werden, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist. Während der Verlängerung bis zum Abschluß der neuen Verträge müßte den Ärzten ein angemessener Zuschlag zu der jetzigen Vergütung bewilligt werden. Sollte bei der weit auseinandergehenden grundsätzlichen Stellungnahme der Parteien zu den neuen Verträgen eine erhebliche Anzahl von Verträgen zur Entscheidung des Oberversicherungsamts (Schiedsamts) kommen, so wird schon jetzt darauf hingewiesen, daß bei der Überbürdung der Behörden auf eine beschleunigte Erledigung dieser langwierigen, schwierigen und wichtigen Streitfälle nicht gerechnet werden kann. Auch aus diesem Grund empfiehlt sich eine Einigung unter den Parteien und im Vertragsausschusse. Bei Anrufung des Schiedsamts (Nr. VI der Bestimmungen vom 10. 2. 14 über den Vertragsausschuß) wolle der Vorsitzende des Versicherungsamts unter Darlegung des Streitinhalts diejenigen Streitpunkte angeben, über die eine Einigung im Vertragsausschuß oder unter den Parteien nicht zustande gekommen ist. Die Vorverhandlungen des Versicherungsamts oder der Parteien sind mit Benennung des Aktenheftes und der Seite in ihm in Bezug zu nehmen.

Kann unter der Herrschaft der RVO. noch eine Verurteilung des Arbeitgebers aus § 50 KrVersGes. erfolgen?

Beschluß a) des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 13. März 1918; b) des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 9. Oktober 1918.

a)

Der Taglöhner Kaspar W. trat am 12. November

1913 bei dem Güterlader Thomas Sch. in M. in Arbeit. Der Arbeitgeber meldete den W. erst am 26. November 1913 zur Allg. Ortskrankenkasse an. W. war indessen bereits am 22. November erkrankt und auf Kosten der Krankenkasse in ärztliche Behandlung getreten. Die Allg. Ortskrankenkasse forderte deshalb auf Grund des § 50 KrVersGes. am 21. Januar 1914 von Sch. Erstattung der erwachsenen Kosten im Betrage von 43,65 *M*. Am 26. Januar 1914 suchte Sch. „um Ratenzahlung seiner Schuldigkeit" nach; die Ratenzahlung wurde auch bewilligt. Als 18,65 *M* getilgt waren, gewährte die Kasse für den Rest von 25 *M* weitere Stundung bis zur Beendigung des Krieges. Später kam jedoch eine neue Vereinbarung zustande und wurde die Ratenzahlung wieder aufgenommen. Als noch ein Betrag von 10 *M* ausstand, verweigerte Sch. am 31. März 1917 jede weitere Zahlung.

Der Kassenvorstand beantragte deshalb beim Versicherungsamt Entscheidung der Sache. Nach dem Tode Sch.'s wurde das Streitverfahren gegen die Erben weitergeführt. Diese wurden zur Zahlung der 10 *M* an die Kasse verurteilt. — Gründe:

Die in erster Linie zu prüfende Frage der Entstehung von Ersatzansprüchen nach § 50 KrVersGes. war angesichts des klaren, § 50 völlig erfüllenden Tatbestandes und dessen Feststellung durch die wenigstens als Zugeständnisse von Tatsachen zulässigen wiederholten Stundungs- und Ratengesuche des Sch. ohne weiteres zu bejahen. Zweifelhaft war dagegen angesichts des Umstandes, daß eine § 50 KrVersGes. entsprechende Bestimmung in der RVO. sich nicht findet, die Frage der Fortdauer des einmal nach § 50 entstandenen Ersatzanspruches auch nach dem 1. Januar 1914.

Über diese Frage herrscht in der Literatur wie Rechtsprechung Streit; zum Teil wird das Fortbestehen der Ersatzansprüche nach § 50 KrVersGes. auch nach Inkrafttreten der RVO. angenommen, zum Teil wird dies jedoch bestritten. Begründet wird diese letztere Anschauung damit, daß § 50 KrVersGes. einen Strafcharakter habe, der den Ersatzanspruch als eine Strafe erscheinen lasse. Diesem in einigen Entscheidungen (vgl. Reger, Entsch., zuletzt Bd. 27 S. 91; Reger-Henle, Krankenversicherungsgesetz 1908 S. 215 Note 6) bereits vom bayer. Verwaltungsgerichtshof eingenommenen Standpunkt trat auch das bayer. Landesversicherungsamt in einer Entscheidung vom 1. März 1915 (Mitteilungen des LVA 1915 S. 42 Nr. 43) sowie in einer früheren Entscheidung vom 20. Mai 1914 (Mitteilungen des LVA. 1915 S. 81 Nr. 36) bei. Es verneinte daher die Möglichkeit der Geltendmachung von Ersatzansprüchen aus § 50 KrVersGes. nach dem 1. Januar 1914, da es strafrechtlicher Grundsatz sei, daß nach Inkrafttreten eines milderen Gesetzes, wie es die Reichsversicherungsordnung in ihren einschlägigen Bestimmungen darstelle, das strengere Gesetz — hier die Vorschrift des § 50 KrVersGes. nicht mehr zur Anwendung kommen könne.

Im Gegensatz hierzu vertrat das Reichsversicherungsamt (insbesondere auch in der obenangeführten Entscheidung) den Standpunkt, daß die unter der Herrschaft des alten KrVersGes. begründeten Ersatzansprüche aus § 50 auch noch nach dem 1. Januar 1914 weiter bestünden.

Der Umstand, daß die beiden Entscheidungen des Landesversicherungsamtes wie diejenige des Reichsversicherungsamtes grundsätzlicher Natur sind, ließ die Frage nicht nur nach der Bindung des Versicherungsamtes an grundsätzliche Entscheidungen überhaupt, sondern, da der Bezirk des Versicherungsamtes einerseits und der im Streit befindlichen Kasse andererseits nicht über den Bereich des Landesversicherungsamtes hinausgreift, im besonderen an die grundsätzlichen Entscheidungen des Landesversicherungsamtes auftauchen. Eine solche Bindung mußte jedoch in jeder Hinsicht verneint werden. Nach § 1800 mit § 1799 RVO. sind nur die Oberversicherungsämter an grundsätzliche Entscheidungen gebunden, und auch diese nur, sofern sie von solchen Entscheidungen abweichen wollen. Eine Bindung der Versicherungsämter besteht jedoch in keiner Weise. — Die Prüfung der somit der freien Würdigung des Versicherungsamts überlassenen Frage führte zu folgendem Ergebnis:

Die in § 50 KrVersGes. enthaltene Maßnahme ist einer Abstufung nach dem Grade der Verschuldung dem Gesetzeswortlaute nach nicht zugänglich. Nachdem das Gesetz selbst zwischen bloß fahrlässiger und andererseits vorsätzlicher Nichtanmeldung oder Zuspätanmeldung unterscheidet, es aber ein allgemein gültiger Grundsatz auf dem Gebiete des Strafrechts ist, daß die Strafe der Schuld angemessen sein soll (Kommensurabilitätsprinzip), so muß angenommen werden, daß das Gesetz, wollte es die Ersatzpflicht als eine Strafe behandeln, diese Ersatzpflicht je nach dem Vorliegen von Fahrlässigkeit oder Vorsatz in irgendeiner Weise abgestuft hätte. Spricht schon diese Erwägung gegen den Strafcharakter der in § 50 KrVersGes. angeführten Verpflichtung des säumigen Arbeitgebers, so erst recht der Umstand, daß die „Strafe" lediglich nach dem rein zufälligen Umstand zu verhängen ist, daß der betreffende Arbeiter gerade vor der nachträglichen, verspäteten Anmeldung erkrankte. Es ist mit der Annahme des Strafcharakters der in § 50 KrVersGes. geregelten Verpflichtung unvereinbar, daß diese Verpflichtung bei völlig gleichem Verschulden verschiedener Arbeitgeber den einen von ihnen treffen, den anderen dagegen nicht belasten sollte. Dieses gänzliche Abstandnehmen des Gesetzes von der Art und dem Grade des Verschuldens sowohl hinsichtlich eines und desselben Verpflichteten wie auch im Verhältnis mehrerer Verpflichteter untereinander zwingt, ganz abgesehen von der systematischen Stellung des § 50 KrVersGes. und dem in §§ 81, 82 82a KrVersGes. unentwegt gebrauchten Ausdruck „Strafe" sowie der scharfen Unterscheidung zwischen Strafe in Absatz I, II einerseits und Erstattungsanspruch in Absatz III des § 82 a. a. O. andererseits dazu, die Ersatzpflicht des § 50 a. a. O. als eine Maßnahme von nicht strafrechtlichem Charakter zu betrachten.

Scheidet somit der Gesichtspunkt des Strafcharakters aus, so kann eine entsprechende Anwendung des § 2 Strafgesetzbuches nicht in Frage kommen, somit insoweit das Wegfallen der vor dem 1. Januar 1914 begründeten Ersatzansprüche (angesichts des Nichtbestehens eines solchen Ersatzanspruches im neuen Recht) nicht angenommen werden. Es ist deshalb nur mehr die Frage zu prüfen, welchen Einfluß der Wechsel der Gesetzgebung auf vermögensrechtliche Leistungen — als eine solche stellt sich die Leistungspflicht des § 50 KrVersGes. dar — ausübt. Nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen bleiben Ansprüche auf Vermögensleistungen bestehen, mag auch ein später ergangenes Gesetz eine derartige Leistungspflicht nicht mehr kennen. Daß diesen allgemeinen Rechtsgrundsatz auch die RVO. und das Einf.-Gesetz hierzu vertritt, darauf deuten die Worte der Begründung zum Art. 5 des Einf.-Ges. zur RVO. S. 23

hin: „Die alten Gesetze wirken insofern weiter, als der nach ihnen erworbene Anspruch oder Anwartschaften erhalten bleiben.“ Es ergibt sich somit, daß Ersatzansprüche der Allg. Ortskrankenkasse M. (Stadt) gegen Sch. auf Grund des § 50 KrVersGes. zur Entstehung gelangten und daß sie auch nach dem 1. Januar 1914 fortdauerten.

b)

Auf Beschwerde hob das K. Oberversicherungsamt den Beschluß des Versicherungsamts auf und wies den Anspruch der Ortskrankenkasse ab, indem es sich den Gründen der Entscheidungen des Bayer. Landesversicherungsamtes anschloß. Hiergegen erhob wieder die Kasse Beschwerde, die vom Landesversicherungsamt abgewiesen wurde, mit folgender Begründung:

In der Beschwerdeschrift wird geltend gemacht, daß der Erstattungsanspruch nach § 50 KrVersGes. schon deshalb keine Strafe sein könne, weil ihm das Abmaß zur Schuld mangle. Entstehung und Höhe des Anspruchs seien nur vom Zufall abhängig. Nun ist es wohl richtig, daß nach unseren Rechtsanschauungen auf dem Gebiete des Strafrechts grundsätzlich die Strafe der Schuld angemessen sein soll; das Versicherungsamt bezeichnet diesen Grundsatz in seinem Beschlusse als Kommensurabilitätsprinzip. Jede Strafe, die nicht diesem Grundsatz entspricht, widerstreitet dem feineren Rechtsempfinden unserer Zeit. Der Schluß aber, den die Beschwerdeführerin aus dem Widerstreite der Vorschrift des § 50 mit dem modernen Rechtsgefühl zieht, ist nicht zwingend. Eine Strafvorschrift, die im Widerspruch mit jenem Grundsatz steht, hört deshalb nicht auf, Strafvorschrift zu sein. Vielmehr wird der Gesetzgeber nur bestrebt sein müssen, eine solche Vorschrift entsprechend zu ändern. Schon in den Gründen des Beschlusses vom 20. Mai 1915 ist darauf hingewiesen, daß absolute Strafen häufig am Anfang der Entwicklung eines Rechtsgebietes stehen, ähnlich wie überhaupt den älteren Zeiten des Strafrechts solche Formen angehören.

Ebenso geht der Hinweis der Beschwerdeschrift auf § 57 Abs. 4 KrVersGes. fehl. In § 57 Abs. 4 handelt es sich um Entschädigungsansprüche gegen Dritte, die nach dem Gesetz den Versicherten zur Vergütung des Schadens verpflichtet sind. Ein solcher Entschädigungsanspruch kann mit dem Erstattungsanspruch des § 50 gar nicht verglichen werden. Die Entschädigungsansprüche, die das bürgerliche Recht aus unerlaubten Handlungen ableitet, verfolgen jetzt keine strafrechtlichen Zwecke mehr. Für sie ist vielmehr der Gesichtspunkt der Schadenvergütung ausschließlich maßgebend; wenn jemand einen Schaden hat, soll er Ersatz erhalten von dem, der ihn verschuldet hat. Im Falle des § 50 hat aber die Kasse regelmäßig gar keinen Schaden; sie hat nicht mehr geleistet, als sie auch dann hätte leisten müssen, wenn der Versicherte angemeldet gewesen wäre. Nach § 50 konnte die Kasse nur das, was sie in jedem Falle aus eigenen Mitteln leisten mußte, auf den meldesäumigen Arbeitgeber abwälzen. Die Pflicht des Arbeitgebers ist im Gesetz zwar als Erstattungspflicht bezeichnet. Für die Behandlung eines Rechtsverhältnisses ist aber nicht die äußere Form, sondern die innere Natur entscheidend. Der Erstattungsanspruch des § 50 war ein Übel, das angedroht wurde, um die Erfüllung einer im öffentlichen Interesse gelegenen Handlung zu erzwingen, also eine Strafe, wie der Beschluß vom 20. Mai 1915 ausführt.

Dagegen hat dieser Beschluß nie behauptet, daß die Vorschrift des § 50 eine Strafvorschrift im Sinne des Reichsstrafgesetzbuchs gewesen sei. Der Grundsatz des § 2 des Reichsstrafgesetzbuches wurde vielmehr ausdrücklich nur deshalb angewendet, weil diese Bestimmung der Ausfluß einer allgemeinen Rechtsanschauung ist. Mit bezug auf diese allgemeine Rechtsanschauung hat das K. Landesversicherungsamt es abgelehnt, jetzt noch eine Maßregel anzuwenden, deren Fortdauer der Gesetzgeber ausdrücklich mißbilligt hat.

Der Beschlußsenat des K. Landesversicherungsamts hat auch die Bedeutung seiner Entscheidung für das Finanzgebaren der Krankenkassen niemals verkannt. Wenn in den veröffentlichten Gründen des Beschlusses vom 20. Mai 1915 hierauf nicht eingegangen wurde, so hängt dies damit zusammen, daß diesen finanziellen Fragen wegen der rechtlichen Gesichtspunkte keine ausschlaggebende Bedeutung zukam. Den Interessen der Kassen stehen aber auch beachtenswerte Interessen der in Anspruch genommenen Arbeitgeber gegenüber. Die Ersatzansprüche aus § 50 des KrVersGes. richten sich erfahrungsgemäß nicht bloß gegen bemittelte, sondern häufig gegen weniger bemittelte und unbemittelte Personen. Gerade bei solchen unbemittelten und weniger bemittelten Personen kommt es öfters vor, daß sie im Drange der Arbeit und unter den Sorgen des täglichen Lebens einmal die Anmeldung eines Versicherten vergessen. Wenn in solchen Fällen dann einer geringfügigen Unterlassung die empfindlichste Strafe folgte, würde das als besonders ungerecht empfunden. Diese Empfindung kann sich um so mehr verschärfen, je länger die Zeit der Verfehlung zurückliegt, insbesondere auch dann, wenn sich der Anspruch nunmehr gegen die Erben des meldesäumigen Arbeitgebers richten kann und vielleicht sogar gegen Hinterbliebene, die durch den Tod des Ernährers beraubt wurden. Auf solche Erwägungen braucht aber nicht weiter eingegangen zu werden; denn der Beschluß des K. Oberversicherungsamts ist rechtlich einwandfrei begründet. Es geht deshalb nicht an, die Interessen der beiden Parteien gegeneinander abzuwägen. Übrigens steht auch den Einnahmen der Kassen aus den Erstattungen jeweils die Belastung gegenüber, welche die Geschäftstätigkeit der Kasse durch die Führung solcher Ersatzstreitigkeiten erleidet. Läßt sich diese Be-

lastung vielleicht nicht immer zahlenmäßig feststellen, so sind doch die Angestellten, solange sie mit der Führung derartiger Streitigkeiten befaßt sind, anderen Dienstgeschäften entzogen. Sogar in der vorliegenden Streitsache, so geringfügig sie verhältnismäßig ist, war eine große Anzahl von Verfügungen, von persönlichen Erhebungen und Zustellungen von Einvernahmen bei der Kasse, waren auch Beschlüsse der Kassenorgane notwendig; das sind neben der Tätigkeit der Versicherungsbehörden in 3 Rechtszügen sowie des Standesamts und des Verlassenschaftsgerichts Aufwendungen, die nicht außer Betracht gelassen werden können, wenn die Beträge der Einnahmen angezogen werden.

Aus allen diesen Erwägungen hält das K. Landesversicherungsamt an dem Grundsatz des Beschlusses vom 20. Mai 1915 fest.

In der vorliegenden Streitsache wird die rechtliche Stellung auch nicht durch die Tatsache geändert, daß Sch. sich früher zur Ratentilgung bereit erklärt hat. Durch diese Erklärungen ist der gesetzliche Erstattungsanspruch nicht in einen vertragsmäßigen Anspruch verwandelt und nicht aus dem Rahmen des § 50 des KrVersGes. herausgehoben worden. Sch. wollte bei seiner Bereiterklärung nur eine Erleichterung in der Bezahlung erreichen. Es war aber nicht beabsichtigt, durch diese Erklärung einen Streit oder eine Ungewißheit der Parteien über das Rechtsverhältnis im Wege des gegenseitigen Nachgebens zu beseitigen; ebensowenig kann in dem Stundungsgesuch ein Anerkenntnis erblickt werden, das ohne Rücksicht auf die rechtliche Unterlage des ganzen Verhältnisses hätte abgegeben werden sollen (vgl. §§ 779 und 781 Bürgerl. Gesetzb.).

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Verordnung des Rats der Volksbeauftragten über die Weitergewährung von Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente aus der Invalidenversicherung.

Vom 13. November 1918 (RGBl. S. 1310).

Die Wirksamkeit der Bekanntmachung über die Gewährung von Zulagen an Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente aus der Invalidenversicherung vom 3. Januar 1918 (RGBl. S. 7) wird entsprechend auf das Jahr 1919 erstreckt. Im § 1 der bezeichneten Bekanntmachung sind an die Stelle der Worte „wenn sie sich im Inland aufhalten" die Worte zu setzen „sofern sie nicht Ausländer sind und sich nicht im Ausland aufhalten".

Diese Verordnung hat Gesetzeskraft.

Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 1260 RVO. nicht gleichbedeutend mit Invalidität (§§ 1255, 1258).

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 1. Juli 1918 (2490 Amtl. Nachr. 1918 S. 472).

Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 1260 der RVO. bedeutet nicht dasselbe wie Invalidität im Sinne des Vierten Buches der RVO., insbesondere der §§ 1255 und 1258. Schon die Ausdrucksweise, welche sich an § 592 der RVO. anlehnt, läßt darauf schließen; denn auf dem Gebiete der Invalidenversicherung wird zur Bezeichnung des den Anspruch auf Invalidenrente begründenden Maßes der Einbuße an Erwerbsfähigkeit stets der Ausdruck „Invalidität" gebraucht, und es ist schon deshalb der abweichende Wortlaut im § 1260 RVO. auffallend. Aus der Begründung zu § 1292 des Entwurfs (jetzt § 1304 RVO.) ergibt sich aber auch, daß der Gesetzgeber die wörtliche Abweichung absichtlich gewählt hat, denn es wird dort auf S. 408 im Hinblick auf § 1295 des Entwurfs (§ 1307 der RVO.) ausgeführt, daß § 1292 sich nicht auf die Empfänger von Witwerrenten beziehen könne, weil „Voraussetzung für die Gewährung von Witwerrente nicht die reichsgesetzliche Invalidität ist, sondern neben der tatsächlichen Erwerbsunfähigkeit auch die Bedürftigkeit vorliegen muß". In den weiteren Beratungen des Gesetzes ist gegen diese Äußerung kein Bedenken oder Widerspruch erhoben worden.

Wie bei § 592 RVO., ist bei § 1260 RVO. der Begriff der Erwerbsunfähigkeit aus dem Zwecke der Vorschrift zu entnehmen. Es soll, falls an Stelle des Ehemanns die Ehefrau den Lebensunterhalt der Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat, ebenfalls Hinterbliebenenversorgung gewährt werden, wenn für diesen ungewöhnlichen Fall nicht andere Umstände, sondern die Erwerbsunfähigkeit des Ehemanns den Anlaß gab. Die Fähigkeit des Ehemanns, durch Lohnerwerb den Familienunterhalt zu bestreiten, mußte also dauernd so weit gemindert sein, daß der überwiegende Anteil daran der Ehefrau oblag, diese somit mehr als zur Hälfte den Lebensunterhalt der Familie verdienen mußte.

Diese Ansicht, von welcher ohne besondere Begründung nur Düttmann (Anm. 3 zu § 1260) und Stier-Somlo (Anm. 2 zu § 1260) abweichen, wird im wesentlichen von Hanow-Lehmann (Anm. 4 zu § 1260) und Weymann (Anm. 2 zu § 1260) vertreten. Die Revisionsentsch. 2251 (Amtl. Nachr. 1916 S. 634) neigt offenbar zu der entgegengesetzten Ansicht und möchte Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 1260 der RVO. mit Invalidität im Sinne des § 1255 gleichstellen; sie hat aber es ausdrücklich unterlassen, hierzu grundsätz-

lich Stellung zu nehmen. Dagegen gründet sich die Revisionsentscheidung 1860 (Amtl. Nachr. 1914 S. 552) wesentlich auf die in der vorliegenden Entscheidung vertretene Auslegung.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1918 S. 199 ff.)

Nr. 294.*) Erziehungsgehilfinnen eines Frauenheims für verwahrloste schulentlassene weibliche Personen, die unter der Aufsicht und nach den Anweisungen des Anstaltsleiters und der ihm beigegebenen Schwestern je eine Arbeitsgruppe von 15 bis 20 Mädchen bei der Arbeit zu beaufsichtigen und anzuleiten haben, selbst mitarbeiten und erzieherisch einwirken, sind versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 296. Für die Beurteilung der vor dem Kriege bestehenden versicherungspflichtigen Verhältnisse im Sinne der Bekanntmachung vom 30. September 1916 ist derjenige Zustand maßgebend, wie er unmittelbar vor dem Krieg als ein dauernder bestanden hatte.

Nr. 297. Fernsprechgehilfinnen, die im wesentlichen nur Anschlüsse herzustellen, schriftliche Arbeiten aber — abgesehen von der Führung eines Abrechnungsbuchs über Ferngespräche — nicht zu verrichten haben, sind nicht Bureauangestellte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 298. Erweiterte Kriegszulagen, die verheirateten Angestellten mit Kindern gewährt werden (Kinderzulagen), sind als Entgelt im Sinne des § 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen.

Nr. 299. Die Umwandlung einer Lebensversicherung mit Vorbehalt der Ermäßigung der versicherten Summe in eine gewöhnliche Lebensversicherung mit gleicher Versicherungssumme und Prämie bedeutet auch dann keine Aufhebung der Versicherung im Sinne des § 393 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, wenn die Umwandlung von dem freien Ermessen des Versicherers und dem Ausfall einer neuen ärztlichen Untersuchung abhängig ist.

Nr. 300. Die Hilfsaufseherin in einem Straf- und Polizeigefängnis ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

*) Zu vgl. Heft 31 der ArbVers. von 1918, wo die Nr. 294, wie in den Amtl. Nachr. der Reichsversicherungsanstalt, ausgefallen ist.

Verband der Vertrauensmänner.

Bescheid des **Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt** vom 5. Oktober 1918 („AngestVers." S. 198).

Nachstehend bringen wir einen an verschiedene Ortsausschüsse erteilten Bescheid, der den Zusammenschluß mehrerer Ortsausschüsse zu einem Verbande betrifft, zur allgemeinen Kenntnis und Beachtung.

„Wenn sich Vertrauensmänner zu einem Verbande zusammenschließen wollen, so ist dagegen an sich ebensowenig einzuwenden wie gegen die Vereinigungen der Inhaber von anderen sozialen Ehrenämtern, z. B. der Beisitzer an Gewerbe- oder an Kaufmannsgerichten. Die Reichsversicherungsanstalt darf jedoch Ausgaben für die Tätigkeit als Vertrauensmann lediglich in den Grenzen des § 155 des Versicherungsgesetzes für Angestellte leisten, insbesondere nur für eine amtliche Tätigkeit, d. h. die Erfüllung solcher Aufgaben, die das Gesetz vorsieht. Dieses bietet zu Verbandsbeiträgen aus den Kassen der Ortsausschüsse keine Handhabe. Die Tätigkeit eines Vertrauensmannes als gesetzliches Amt ist auf den Wahlbezirk beschränkt, in dem und für den er gewählt ist. Zur Erleichterung derselben sind, wiederum in den einzelnen Wahlbezirken, die Vertrauensmänner zu sogenannten Ortsausschüssen zusammengeschlossen worden. Nach der Begründung zum Versicherungsgesetz für Angestellte (vgl. Rundschreiben des Direktoriums vom 8. Mai 1913) sind die Ortsausschüsse aber nicht als freie Vereine anzusehen, die beliebig ihre Gestalt und ihren Aufgabenkreis wechseln, anderen Organisationen beitreten, ein Vereinsvermögen erwerben, durch Anmeldung zum Vereinsregister oder Verleihung Rechtsfähigkeit erlangen könnten u. dgl. Sie sind vielmehr eine von dem Versicherungsträger geschaffene freie Form für das organische Zusammenwirken der Vertrauensmänner eines Wahlbezirks, im übrigen gleichbedeutend mit den sonst unmittelbar heranzuziehenden Vertrauensmännern selbst, und zur Inanspruchnahme der Ortsausschußkasse, die mit etwaigen Beständen Eigentum der Reichsversicherungsanstalt bleibt, allein nach Maßgabe des Gesetzes und der hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen des Direktoriums befugt. Die Betätigung der Vertrauensmänner oder eines Ortsausschusses über den Wahlbezirk hinaus ist private Angelegenheit und demgemäß aus privaten Mitteln, durch Umlage unter den beteiligten Personen oder in anderer Weise zu bestreiten.

F. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Verordnung des Reichsamts für die wirtschaftliche Demobilmachung über Erwerbslosenfürsorge.

Vom 13. November 1918 (RGBl. S. 1305).

Auf Grund des vorstehenden Erlasses des Rates der Volksbeauftragten über die Errichtung des Reichsamts für die wirtschaftliche Demobilmachung [Demobilmachungsamt *)] vom 12. November 1918 wird verordnet, was folgt:

§ 1. — Zur Unterstützung von Gemeinden oder Gemeindeverbänden auf dem Gebiete der Erwerbslosenfürsorge werden Reichsmittel bereitgestellt.

§ 2. — Die Gemeinden sind verpflichtet, eine Fürsorge für Erwerbslose einzurichten, der sie nicht den Rechtscharakter der Armenpflege beilegen dürfen.

§ 3. — Gemeinden, die trotz eines vorhandenen Bedürfnisses keine oder keine genügende Erwerbslosenfürsorge einrichten, werden dazu von der Kommunalaufsichtsbehörde oder von der seitens der Landeszentralbehörde hierzu bestimmten Behörde angehalten; diese können die dazu notwendigen Anordnungen für Rechnung der Gemeinde treffen, sie können auch bestimmen, daß ein weiterer Gemeindeverband eine Gemeinde im Falle ihrer Leistungsunfähigkeit zu unterstützen oder die Fürsorge zu übernehmen hat.

§ 4. — Der Gemeinde oder dem Gemeindeverbande werden von dem Gesamtaufwande für die Erwerbslosenfürsorge vom Reiche sechs Zwölftel und von dem zuständigen Bundesstaate vier Zwölftel ersetzt. Die Reichsregierung oder die von ihr bestimmte Behörde kann für leistungsschwache Gemeinden oder für einzelne Bezirke eine Erhöhung der Reichsbeihilfe bewilligen. Soweit auf Grund der Bestimmungen vom 17. Dezember 1914, betreffend Kriegswohlfahrtspflege, und der dazu beschlossenen Nachträge erhöhte Reichsmittel für eine Erwerbslosenfürsorge bewilligt sind, verbleibt es bei diesen Bewilligungen.

§ 5. — Zuständig für die Gewährung der Erwerbslosenfürsorge ist die Gemeinde des Wohnorts des Erwerbslosen oder der Gemeindeverband, in dessen Bezirk der Wohnort belegen ist. Kriegsteilnehmer sind unbeschadet einer vorläufigen vorschußweisen Unterstützung in ihrem Aufenthaltsort in dem Orte zu unterstützen, in dem sie vor ihrer Einziehung zum Heere gewohnt haben.

Personen, die während des Krieges zur Aufnahme von Arbeit in einen anderen Ort gezogen sind, sollen möglichst in den früheren Wohnort zurückkehren und sind nach ihrer Rückkehr in dem früheren Wohnort zu unterstützen.

Freie Fahrt zur Reise in den früheren Wohnort ist von der Gemeinde des letzten Wohnorts aus Mitteln der Erwerbslosenfürsorge zu bewilligen.

§ 6. — Die Fürsorge soll nur arbeitsfähigen und arbeitswilligen über 14 Jahre alten Personen, die infolge des Krieges durch Erwerbslosigkeit sich in bedürftiger Lage befinden, gewährt werden. Eine bedürftige Lage ist vorbehaltlich der Bestimmungen in §§ 11, 12 nur anzunehmen, wenn die Einnahmen des zu Unterstützenden einschließlich der Einnahmen der in seinem Haushalt lebenden Familienangehörigen infolge gänzlicher oder teilweiser Erwerbslosigkeit derart zurückgegangen sind, daß er nicht mehr imstande ist, damit den notwendigen Lebensunterhalt zu bestreiten.

§ 7. — Weibliche Personen sind nur zu unterstützen, wenn sie auf Erwerbstätigkeit angewiesen sind.

Personen, deren frühere Ernährer arbeitsfähig zurückkehren, erhalten keine Erwerbslosenunterstützung.

§ 8. — Erwerbslose sind verpflichtet, jede nachgewiesene geeignete Arbeit auch außerhalb des Berufs und Wohnorts, namentlich in dem früheren Beschäftigungsort und dem vor dem Kriege bewohnten Orte sowie zu gekürzter Arbeitszeit, anzunehmen, sofern für die nachgewiesene Arbeit angemessener ortsüblicher Lohn geboten wird, die nachgewiesene Arbeit die Gesundheit nicht schädigt, die Unterbringung sittlich bedenkenfrei ist und bei Verheirateten die Versorgung der Familie nicht unmöglich wird. Freie Fahrt zur Reise in den Beschäftigungsort ist von der Gemeinde des letzten Wohnorts aus Mitteln der Erwerbslosenfürsorge zu bewilligen.

§ 9. — Art und Höhe der Unterstützung, die Feststellung einer kurzen Wartezeit von höchstens einer Woche für die Erwerbslosen mit Ausnahme der Kriegsteilnehmer, die Weiterzahlung der Krankenkassenbeiträge ist dem Ermessen der Gemeinde oder des Gemeindeverbandes überlassen. Es ist jedoch für eine ausreichende Unterstützung, die mindestens den nach der Reichsversicherungsordnung festgesetzten und nach der Zahl der Familienmitglieder für den Ernährer einer Familie angemessen zu erhöhenden Ortslohn erreichen muß, zu sorgen an Stelle von Geldunterstützungen können auch Sachleistungen (Gewährung von Lebensmitteln, Mietsunterstützung und dergleichen) treten. Für Kriegsteilnehmer darf eine Wartezeit nicht festgesetzt werden.

Erreichen Arbeitnehmer infolge vorübergehender Einstellung oder Beschränkung der Arbeit in einer Kalenderwoche die in ihrer Arbeitsstätte ohne Überarbeit übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht, so erhalten sie für die ausgefallenen Arbeitsstunden Erwerbslosenunterstützung, sofern 70 v. H. ihres regelmäßigen Arbeitsverdienstes den doppelten Unter-

*) Durch den hier erwähnten, in Nr. 269 des RAnz. veröffentlichten Erlaß ist zur Überführung des deutschen Wirtschaftslebens in den Frieden eine oberste Reichsbehörde unter der Bezeichnung „Reichsamt für die wirtschaftliche Demobilmachung (Demobilmachungsamt)“ errichtet worden. Mit der Leitung dieses Amtes ist mit Zustimmung des Herrn Kriegsministers der bisherige Oberstleutnant Koeth, Leiter der Kriegsrohstoffabteilung, beauftragt worden. Dieser hat die gesamten Arbeiten der wirtschaftlichen Demobilisierung unverzüglich in die Hand zu nehmen, sich mit sämtlichen hierbei in Betracht kommenden Zentral-, Provinzial- und Lokalbehörden des Reiches und der Bundesstaaten zu diesem Zwecke in Verbindung zu setzen, die erforderlichen Maßnahmen mit ihnen zu vereinbaren oder nötigenfalls selbständig zu ergreifen. Alle Zivil- und Militärbehörden werden aufgefordert, den Weisungen des Herrn Koeth in Angelegenheiten der wirtschaftlichen Demobilisierung unweigerlich und mit größter Beschleunigung Folge zu leisten und ihm zur Durchführung seiner für die Wohlfahrt unseres Volkes äußerst wichtigen Aufgabe nach jeder Richtung behilflich zu sein.

stützungsbetrag im Falle gänzlicher Erwerbslosigkeit nicht erreichen. Der fehlende Betrag ist als Erwerbslosenunterstützung zu zahlen.

§ 10. — Die Gemeinden oder Gemeindeverbände können die Erwerbslosenfürsorge von weiteren Voraussetzungen (Teilnahme an der Allgemeinbildung dienenden Veranstaltungen, fachlicher Ausbildung, Besuch von Werkstätten und Lehrkursen und dergleichen), insbesondere für Jugendliche, abhängig machen.

Sie können bestimmte Ausschließungsgründe für den Bezug der Erwerbslosenfürsorge (Mißbrauch der Einrichtung, Nichtbefolgung der Kontrollvorschriften und dergleichen) festsetzen.

§ 11. — Kleinerer Besitz (Spargroschen, Wohnungseinrichtung) darf für die Beurteilung der Bedürftigkeit nicht in Betracht gezogen werden.

§ 12. — Unterstützungen, die der Erwerbslose auf Grund eigener oder fremder Vorsorge bezieht, sowie Rentenbezüge dürfen auf die von der Gemeinde oder dem Gemeindeverbande zu gewährende Beihilfe nur so weit angerechnet werden, als die Erwerbslosenunterstützung und sonstige Unterstützungen und Rentenbezüge zusammen den vierfachen Ortslohn übersteigen. Anzurechnen sind auch Zinsen von Spargroschen und dergleichen.

§ 13. — Für die Durchführung der Erwerbslosenfürsorge sind Fürsorgeausschüsse zu errichten, zu denen Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer in gleicher Zahl hinzugezogen werden müssen.

Die Fürsorgeausschüsse entscheiden über Streitigkeiten in Angelegenheiten der Erwerbslosenfürsorge. Über Beschwerden entscheidet die Kommunalaufsichtsbehörde endgültig.

§ 14. — Auf Antrag einer Arbeitnehmerorganisation ist die Auszahlung der Erwerbslosenunterstützung und die Kontrolle der Erwerbslosen der betreffenden Organisation zu übertragen, falls sie

1. ihren Mitgliedern satzungsgemäß eine Erwerbslosen- (Arbeitslosen-) Unterstützung gewährt,
2. ausreichende Gewähr dafür bietet, daß die Auszahlung der Unterstützung und die Kontrolle der Arbeitslosen ordnungsmäßig erfolgt.

§ 15. — Bestimmungen bestehender Erwerbslosenfürsorgeeinrichtungen, die für die Erwerbslosen günstiger sind als die vorstehenden, sind aufrechtzuerhalten.

§ 16. — Gemeinden und Gemeindeverbände haben Anträge auf Erstattung der Kosten durch Vermittlung der höheren Verwaltungsbehörden bei den Landeszentralbehörden zu stellen. Diese melden die Anforderungen sowie Anträge auf Bewilligungen für jeden Monat bis zum 15. des folgenden Monats beim Reichskanzler (Reichsschatzamt) an.

Der Reichskanzler (Reichsschatzamt) hat einzelnen Bundesstaaten auf Ansuchen Vorschüsse auf den Bedarf eines Monats zu gewähren.

§ 17. — Die Landeszentralbehörde kann Ausführungsvorschriften zu dieser Verordnung erlassen. Sie kann bestimmen, daß für einheitliche Wirtschaftsgebiete der gleiche von ihr festzusetzende Ortslohn zu gelten hat.

§ 18. — Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft und gilt bis spätestens ein Jahr nach dem Tage der Verkündung. Die Reichsregierung oder die von ihr bestimmte Behörde kann einen Zeitpunkt des Außerkrafttretens bestimmen.

Anmerkung: Die Nr. 153 des RGBl. mit dieser Verordnung ist in Berlin am 14. 12. 18 ausgegeben. An diesem Tage ist daher die Verordnung in Kraft getreten.

Zur Abänderung der ärztlichen Gebührenordnung in Preußen.

Bekanntmachung des preuß. Ministers des Innern v. 20. August 1918 (RAnz. Nr. 199 v. 23. August 1918).

Durch diese Bekanntmachung wird die von uns im Heft 28 S. 553 von 1918 mitgeteilte Bekanntmachung v. 7. August 1918 in zwei Punkten berichtigt:

1. Im Eingang zu I muß es statt „Fassung vom 13. Mai 1906" heißen: „vom 13. März 1906".
2. Unter A 7 muß es heißen: „für jede weitere halbe Stunde 2 bis 4 M".

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Wohnungsfrage nach dem Kriege

stand auf der Tagesordnung der am 5. und 7. September 1918 in Köln abgehaltenen Hauptversammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Berichterstatter waren Dr. Kuczynski, Direktor des statistischen Amtes der Stadt Berlin-Schöneberg und Stadtbaurat Dr.-Ing. Schmidt-Beigeordneter der Stadt Essen. Die gemeinschaftlichen Leitsätze der beiden Berichterstatter lauteten:

1. Die großstädtischen Wohnungsverhältnisse haben sich in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege etwas gebessert. Im Kriege ist durch den Verzicht auf Abbrüche bei mangelhafter Instandhaltung, teilweise auch durch starken Zuzug eine Verschlechterung eingetreten.

2. Das Wohnungsangebot ist in den letzten Jahren vor dem Kriege infolge des Versagens der privaten Bautätigkeit immer knapper geworden. Im Kriege ist zunächst eine vorübergehende Besserung eingetreten; gegenwärtig herrscht in zahlreichen Städten eine empfindliche Wohnungsnot; endet der Krieg nicht bald, so droht starke Obdachlosigkeit noch während des Krieges.

3. Der Wohnungsbedarf richtet sich nach der Zahl der vorhandenen Haushaltungen. Diese ist im Kriege viel weniger gestiegen als vor dem Kriege, sie wird aber bei Friedensschluß sprunghaft in die Höhe gehen und dann den Wohnungsbedarf noch ungeheuer steigern.

4. Die Maßnahmen zur Abhilfe des Wohnungsmangels dürfen nicht zu einer dauernden Verschlechterung unseres Wohnwesens führen. Zwingt die Wohnungsnot zur Herstellung von Unterkunft in sonst unzulässigen Dach- und Kellerwohnungen, Gelassen aller Art, Baracken oder Massenquartieren, so darf diese Notunterkunft nur auf einen beschränkten Zeitabschnitt zugelassen werden.

5. Der Wohnungsmarkt belasteter Orte ist mittels Staats- und Kleinbahnen zu erweitern in dem Bestreben, den Weg zwischen Arbeits- und Wohnstätte

möglichst abzukürzen, z. B. durch Einrichten besonderer Haltestellen in Großbetrieben, bei gestaffelter Arbeitszeit.

6. Der Abbau des Kriegsheeres ist so zu regeln, daß Arbeitskräfte der Baustoffindustrie und des Bauhandwerks auf Anforderung vorweg entlassen werden und der Zuzug zu Orten höchster Wohnungsnot nur bedingt gestattet wird.

7. Die Überteuerung infolge der angespannten Baustoffpreise, mangelnden und teueren Arbeitskräfte muß möglichst aufgehoben werden: a) durch weitere gründliche Reform der Bauvorschriften unter Annahme eines solideren Bauens als bisher, einer gesunderen Umgebung und einer gut organisierten Feuerwehr; b) durch Verbilligung der Anliegerbeiträge als Maßnahme des Straßenbauprogramms und insbesondere des Bebauungsplans. Dabei ist eine wirtschaftliche Parzellierung auch unter Loslösung von der Bauflucht zu suchen. Endlich darf die Handhabung von § 9 des Kommunalabgabengesetzes den Wohnungsbau nicht besonders belasten; c) durch Verbilligung der Baustoffbeschaffung unter Einkauf im großen (Einkaufs- und Baugenossenschaften, Siedlungsgesellschaften); Verringerung der Transportkosten der Baustoffe mittels Klein- und Feldbahnen und provisorische Staatsbahnanschlüsse. Hierzu sind Änderungen der Bestimmungen über den Güterverkehr auf Klein- und Straßenbahnen und Vergünstigungstarife der Baustoffe für gemeinnützige Bautätigkeit notwendig; d) mittels Herstellung einheitlicher Grundrißlösungen und Hausformen, sowie Normalisierung geeigneter Bauteile. — Diese Vergünstigungen müssen Klein- und Mittelwohnungen gleichmäßig erfahren.

8. Als dauernd wirtschaftlichste, wirksamste und nachhaltigste Maßnahme ist der Neubau endgültiger Häuser zu betrachten. Dabei ist überall eine durchschnittliche Verbesserung der ortsüblichen Grundrisse, Haus- und Siedlungsformen zu verlangen. Das Einfamilienhaus mit Garten ist das Erstrebenswerteste. In den Stadterweiterungen wird zunächst das Sechsfamilienhaus mit je zwei abgeschlossenen Wohnungen nebst Zubehör in jedem Stockwerke, wenn irgendmöglich mit Landanteil, die bestmöglich erreichbare Wohnform darstellen.

9. Staat und Gemeinde sollen ihr Bauland möglichst billig, am besten in Erbpacht bereitstellen. Um Privaten das Zurückhalten von Baugelände aus Gewinnsucht unmöglich zu machen, sollen das Enteignungsrecht und hiermit auf das engste verknüpft das Schätzungswesen möglichst bald verbessert werden. Eingemeindungen sind zur Unterstützung der Bautätigkeit leistungsfähiger Städte zu fördern.

10. Die Baustoffbereitung ist durch Zuweisung von Kohlen und Arbeitskräften möglichst bald wieder zu beleben. Dies gilt insbesondere für die Ziegelindustrie. Die Baustoffabgabe in der Übergangszeit ist von den Gemeindeverwaltungen nach Dringlichkeitsgraden zu regeln, sonst aber unter baldigem Abbau der Zentralisation das ungehemmte freie Wirtschaftsleben möglichst bald wieder herzustellen.

11. Trotz aller dieser Maßnahmen bleibt eine zeitlich begrenzte Überteuerung für den Wohnungsbau bestehen. Sie darf in den Mieten nicht zum Ausdruck kommen, sonst ist eine allgemeine Miet- und Lohnsteigerung unter Rückwirkung auf das gesamte Wirtschaftsleben, insbesondere auch auf die Baulandpreise zu befürchten. Deshalb ist die Überteuerung von der Baugeldbeschaffung getrennt zu behandeln und aus öffentlichen Mitteln zu decken.

12. Die private Bautätigkeit wird vorläufig in dem erforderlichen Umfange nicht belebt werden können. Die Großarbeitgeber: Reich, Staat, Großindustrie und Gemeinden müssen daher für ihre Arbeiter und Angestellten in wesentlich erhöhtem Maße bauen und Baugenossenschaften in jedmöglicher Weise zur Bautätigkeit bringen. In dem Baugenossenschaftsverbande läßt sich dann auch die Lösung der Freizügigkeit der Arbeiter finden.

13. Die bereitgestellten Reichs- und Staatsmittel müssen planmäßig zunächst an die Stellen höchster und hoher Wohnungsnot und unter günstigeren Bedingungen abgegeben werden, als bisher beabsichtigt ist. Sie sind nach Bedarf zu erhöhen. Für Beschaffung von Hypotheken erscheint neben erhöhter Anspannung aller möglicher Geldquellen ein beschleunigter Ausbau der Stadtschaften notwendig.

14. Durch Ausbau von Mieteinigungsamt und Wohnungsamt, auch durch Überwachung der Beleihung vorhandener Häuser ist Mißständen in der Übergangszeit vorzubeugen.

Die Neuregelung der Kriegsfamilienunterstützung vom 1. November an.

Nach einer Bundesratsverordnung vom 28. September 1918 sind die Lieferungsverbände (das sind in Preußen die Städte mit mehr als 10 000 Einwohnern, im übrigen die Landkreise) verpflichtet, aus ihren Mitteln eine Erhöhung der bis zum 1. Oktober 1918 gezahlten Familienunterstützung eintreten zu lassen, die spätestens vom 1. November 1918 ab zu gewähren und deren Betrag je nach den örtlichen Verhältnissen zu bemessen ist. Bis zum Betrage von 5 M für jeden Unterstützten werden die neuen Zulagen vom Reiche erstattet. Damit ist eine weitere Verbesserung der Fürsorge für die Kriegerfamilien vorgenommen worden. Es beträgt nunmehr die Reichsunterstützung in ihrem Grundbetrag für eine Ehefrau 20 M und für ein Kind oder einen sonstigen Familienangehörigen 10 M im Monat. Dazu kommen aber die neuartigen Reichszuschüsse, die nach einer Bundesratsverordnung vom Herbst vorigen Jahres 5 M und der oben erwähnten wieder 5 M für jeden Unterstützten betragen, so daß also das Reich für eine Ehefrau bis zu 30 M und für ein Kind usw. bis zu 20 M im Monat aufwendet. Die Zuschüsse, die von den Gemeinden und Kreisen zu diesen Reichsbeihilfen geleistet werden, sind äußerst verschieden. In den Städten betragen sie etwa 100 bis 150 v. H. der Reichsbeihilfen, in den Landgemeinden betragen die Zuschüsse meist nur wenige Mark im Monat. In fast jedem Ort ist die Fürsorge anders geregelt. Häufig sind bestimmte „Normalsätze“, abgestuft nach dem Umfange der Familie, eingeführt; vielfach kennt man besondere Mietszuschüsse, Kohlenbeihilfen usw. Die eingangs angeführte Bundesratsverordnung vom 28. September 1918 bestimmt noch, daß geringe Besserung der Verhältnisse der Unterstützten wie auch erheblichere Besserungen ganz vorübergehender Art regelmäßig nicht zur Herabsetzung oder Einstellung der Familienunterstützung führen sollen.

Die Anstellungsverhältnisse der Sozialbeamtinnen.

Um die Rechtslage der Sozialbeamtinnen bei den städtischen Verwaltungen zu klären und zu sichern, haben die drei Berufsverbände (Deutscher Verband der Sozialbeamtinnen, Verband der Berufsarbeiterinnen der Inneren Mission, Verein katholischer Sozialbeamtinnen Deutschlands), unterstützt vom all-

gemeinen deutschen Frauenverein und der Zentralstelle für Gemeindeämter der Frau, Leitsätze betr. die Eingliederung der Sozialbeamtinnen in die Gemeindeverwaltung aufgestellt. Diese Leitsätze sind als Eingabe an die Verwaltungen aller deutschen Städte mit mehr als 50 000 Einwohnern gesandt worden.

In den Leitsätzen wird vorgeschlagen, den städtischen sozialen Verwaltungsstellen einen ihrer Eigenart entsprechenden Aufbau zu geben, in denen Frauen mit einer sachlichen, theoretischen und praktischen Ausbildung derart anzugliedern sind, daß ihnen ein Aufrücken von reiner Hilfsarbeit zu verantwortlichen und leitenden Stellungen ermöglicht wird. Bei der Regelung von Arbeitszeit, Urlaub und Besoldung seien die besonders hohen Anforderungen, die alle pflegerische Arbeit an die Arbeitskraft der Beamtinnen stellt, zu berücksichtigen. Schließlich solle den Frauen die Erlangung der Beamteneigenschaft ermöglicht werden. Denn man könne auf die Dauer nur gute soziale Arbeit an anderen leisten, wenn die eigene wirtschaftliche Lage und die Versorgung bei Alter und Invalidität gesichert sind. Das Kommunalbeamtengesetz solle auf die Frauen entsprechende Anwendung finden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Rechtshilfe für Krankenkassen gegenüber meldesäumigen Arbeitgebern.

1. Nach Köln. Antwort: Nach dem, was Sie uns mitteilen, will uns scheinen, daß das Versicherungsamt nicht sowohl die Richtigkeit unserer Auskunft 1918 Heft 11 S. 218 Ziff. 8, als vielmehr deren Anwendbarkeit auf den in Frage stehenden Fall bestreitet. Es ist richtig, daß die Zwangsmittel aus § 132 des preuß. Landesverwaltungsges. nur der Verwirklichung öffentlicher Interessen dienen sollen. Im Fall unserer Auskunft aber handelt es sich um ein solches Interesse. Denn die Vorschriften über die Melde- und Beitragspflicht der Arbeitgeber, deren Vollzug in Frage stand, bezwecken, die Krankenkassen zur Erfüllung ihrer das Gemeinwohl in hohem Maße berührenden Aufgaben fähig und jederzeit bereit zu erhalten. Dieser Gesichtspunkt ist es, von dem aus es sich rechtfertigt, daß die Kasse, bei dem Mangel eines eigenen unmittelbaren Zwangsrechts, in der von uns näher bezeichneten Art die Hilfe des Versicherungsamts oder der Ortspolizeibehörde nach § 115 RVO. in Anspruch nehmen kann. Der Fall aber, in dem Sie diese Hilfe beanspruchen, liegt doch wohl anders. Die Kasse hat die Erhöhung der oberen Grundlohngrenzen (Bek. v. 22. 11. 1917, ArbVers. 1917 S. 817) zum Anlaß genommen, „eine Neumeldung des Gehalts oder Lohns" der angemeldeten Personen von den Arbeitgebern zu verlangen und zu diesem Zwecke einen Fragebogen mit entsprechendem Vordruck zu versenden, worin unter anderem auch auf die Strafbarkeit unrichtiger oder unvollständiger Angaben nach § 530 RVO. hingewiesen wird. Aus diesem Hinweis ergibt sich, daß die Kasse davon ausgegangen ist, daß die Erhöhung der Grundlohngrenze eine Pflicht der Arbeitgeber zur „Neumeldung" begründe. Das aber ist irrig. Denn diese Erhöhung bedeutet nicht eine Änderung des Beschäftigungsverhältnisses im Sinne des § 317 Abs. 1 Satz 2 oder des § 318 Abs. 2 RVO., sondern lediglich eine Rechtsänderung, von der die Kasse ohnehin Kenntnis hat. Die Kasse hat daher keinen Anspruch auf die verlangte „Neumeldung", und ein auf diese abzielendes Ersuchen um Rechtshilfe betrifft nicht den Vollzug der RVO. (§ 115). Danach rechtfertigt sich die Ablehnung des Ersuchens. Für den Fall freilich, daß zugleich begründeter Verdacht besteht, daß „Ummeldungen" aus Anlaß von „Verdiensterhöhungen in erheblichem Maße von einer Firma versäumt sind", halten wir unsere Auskunft 1918 S. 218 aufrecht. Sie kann nicht erschüttert werden durch den Hinweis darauf, daß beim Mangel einer dem § 1466 RVO. entsprechenden Vorschrift für die Krankenversicherung es an einer gesetzlichen Unterlage für eine Beitragskontrolle fehle (Hoffmann, „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 760). Denn es handelt sich eben nicht um eine Kontrolle, die jederzeit ohne bestimmten Anlaß ausgeübt werden kann (§ 1466), sondern um ein Vorgehen wegen Verletzung der Melde- und Beitragspflicht zum Vollzuge der §§ 317, 318, 393 ff.

Wahlrecht zwischen Weiterversicherung und freiwilligem Beitritt.

2. Nach Kiel. Antwort: Wenn beim Ausscheiden eines Mitgliedes aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung sowohl die Voraussetzungen der freiwilligen Weiterversicherung nach § 313 RVO. als auch die Voraussetzungen des freiwilligen Beitritts nach §§ 176, 310 gegeben sind, so steht gesetzlich nichts im Wege, daß das Mitglied von der Weiterversicherung absieht und den freiwilligen Beitritt wählt. Aber einen Sinn hätte das, da der Beitritt eine ungünstigere Lage begründet, doch nur dann, wenn etwa die Frist für die Ausübung des Rechts zur Weiterversicherung verstrichen wäre. Das Recht des Übertritts in eine niedere Lohnstufe (§ 313 Abs. 1 Satz 2) steht dem freiwillig Beigetretenen nicht zu.

Krankheiten, die „länger als eine Woche" dauern (§ 191 Abs. 2 RVO.); Berechnung dieser Frist.

3. Nach Erfurt. Antwort: Wenn die Satzung, entsprechend dem § 191 Abs. 2 RVO., bestimmt, daß das Krankengeld schon vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an gewährt wird bei „Krankheiten, die länger als eine Woche dauern", so ist das eine Frist-

bestimmung, für deren Berechnung die Vorschriften der RVO. in §§ 124 ff. gelten (zu vgl. Hahn, Vorbem. 1 vor § 121). Nach §§ 124, 125 handelt es sich daher hier um einen Zeitraum von acht Tagen. Wer am Montag arbeitsunfähig erkrankt, hat nur dann das Krankengeld schon von diesem Tage an zu fordern, wenn die Krankheit über den nächsten Montag hinaus dauert.

Kein Ersatzanspruch der Kasse gegen den Träger der Unfallversicherung aus § 1511 RVO.

4. **Nach Neustrelitz.** Antwort: Weder aus § 116 RVO. noch aus irgendeiner anderen Vorschrift läßt sich eine Pflicht des Trägers der Unfallversicherung herleiten, der Krankenkasse, der ein Verletzter angehört, unaufgefordert Mitteilung zu machen, sobald dem Verletzten eine Rente gewährt wird. So kann es allerdings — wie im vorliegenden Falle — leicht kommen, daß die Kasse, deren Satzung eine dem § 1511 RVO. entsprechende Bestimmung enthält, aus Unkenntnis über die Feststellung einer Unfallrente dem Verletzten Krankengeld zahlt, auf das er im Hinblick auf § 1511 keinen Anspruch hat. Eine rechtliche Möglichkeit, den hiernach ohne Rechtsgrund bezahlten Betrag vom Träger der Unfallversicherung zurückzufordern, hat die Kasse nicht; sie kann sich nur an den Versicherten halten. Zu vgl. die Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 327 und unsere Auskunft 1917 S. 806 Ziff. 10b.

Der Ersatzanspruch des vorläufig unterstützenden Armenverbandes geht dem des endgültig verpflichteten vor.

5. **Nach L.** Antwort: Die Entscheidung des Versicherungsamts ist begründet und die Einlegung der Berufung dürfte aussichtslos sein. Der Ersatzanspruch des vorläufig unterstützenden Armenverbandes geht dem des endgültig verpflichteten vor. Dieser konnte für seinen Kostenaufwand Ersatz von der Kasse nach §§ 1531 ff. RVO. nur beanspruchen, soweit die nach diesen Vorschriften zu bemessende Ersatzpflicht der Kasse nicht durch den Anspruch des vorläufig unterstützenden Armenverbandes erschöpft wurde (zu vgl. Entsch. des RVA. 2014 in ArbVers. 1915 S. 797). Diese Voraussetzung war im vorliegenden Falle nicht gegeben. Die Kasse ist daher mit Recht zur Zahlung des vollen Ersatzes an den vorläufig unterstützenden Verband verurteilt worden und kann nur von dem endgültig verpflichteten Rückzahlung des irrtümlich an diesen gezahlten Betrags wegen ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB.) im ordentlichen Rechtswege verlangen.

Kein Anspruch auf Wochenhilfe für Befreite nach §§ 418, 435 RVO.

6. **Nach Heilsberg.** Antwort: Der § 418 RVO. ist eine überaus mangelhafte Vorschrift. Sie läßt Befreiung von der Krankenversicherungspflicht schon dann zu, wenn dem Arbeitnehmer an den Arbeitgeber „bei Erkrankung“ ein Rechtsanspruch auf eine der Leistungen der Krankenkasse gleichwertige Unterstützung zusteht. Daß auch ein Anspruch auf Wochenhilfe gegenüber dem Arbeitnehmer bestehen müsse, sagt das Gesetz nicht und darf auch nicht in das Gesetz hineingedeutet werden. Zu vgl. Hoffmann in ArbVers. 1914 S. 489, 491 und Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1b zu § 418 RVO. gegenüber abweichenden Meinungen. Wenn also der Arbeitsvertrag nicht etwa ausdrücklich auch Wochenhilfe nach §§ 195 ff. RVO. zusichert, so steht der Wöchnerin, die am 14. März wegen angeblicher Arbeitsunfähigkeit aus dem Arbeitsverhältnis ausgetreten und am 8. April niedergekommen ist, ein Anspruch auf Wochenhilfe gegenüber dem Arbeitgeber nicht zu. Die Krankenkasse aber ist nicht leistungspflichtig, weil, trotz des nur auf Krankenhilfe beschränkten Anspruchs gegen den Arbeitgeber, Befreiung von der Krankenversicherungspflicht, also auch von der Kassenmitgliedschaft bestand. Auch die aushilfsweise Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 422 tritt nicht ein, weil diese Vorschrift voraussetzt, daß der Arbeitgeber die Unterstützung, zu der er verpflichtet ist, nicht leistet.

Zur Anwendung des § 193 Abs. 3 RVO.

7. **Nach Schriesheim.** Antwort: Die Vorschrift des § 193 Abs. 3 RVO. gilt nur für Versicherte, die freiwillig Mitglieder der Kasse bleiben (§ 313), also für weiterversicherte frühere Pflichtmitglieder. Sie darf nicht auf freiwillig Beitretende und nicht allgemein auf unständig Beschäftigte erstreckt werden. Die Satzungsbestimmung darf auch nicht so gefaßt werden, daß der Geldbetrag nur für jeden Tag bezahlt wird, an dem der Versicherte sich „in ärztlicher Behandlung befand“; denn der Betrag wird „statt der Krankenpflege“ gewährt, also für jeden Tag, für welchen ärztliche Behandlung oder Heilmittel zu gewähren sein würden. Wenn also der Arzt seine Anordnungen für mehrere Tage trifft oder ein Heilmittel für längere Zeit verschreibt, so ist der Geldbetrag für jeden in diese Zeit fallenden Tag zu zahlen. Der Nachweis wird der Regel nach durch Zeugnis des Arztes geführt werden müssen. Endlich ist es nicht richtig, wenn Arbeitsunfähigen neben dem vollen Krankengelde unterschiedslos auf Grund des § 193 Abs. 3 noch das halbe Krankengeld gezahlt wird; denn Arbeitsunfähigkeit bedingt doch nicht ohne weiteres auch die Notwendigkeit von Krankenpflege, und wo diese nicht besteht, besteht auch kein Anrecht auf die Geldersatzleistung aus § 193 Abs. 3.

Verlust eines künstlichen Zahnes als Krankheit?

8. **Nach Hersbruck.** Antwort: Der Verlust eines Zahnes am künstlichen Gebiß ist selbst nicht als Krankheit zu betrachten. Wohl aber kann er unter Umständen eine solche verursachen. Das dürfte aber nur ganz ausnahmsweise der Fall sein. Solange es nicht geschieht, ist die Kasse zur Bezahlung des Zahnersatzes nicht verpflichtet. Zu vgl. übrigens ArbVers. 1911 S. 275 (Nachsatz) und S. 286 Ziff. 7a.

Wochenhilfe für uneheliche Kinder.

9. **Nach Oels (Schles.).** Antwort: Da der Ehemann der Wöchnerin bereits im Februar 1915 im Kriege gefallen ist, ist das von ihr am 13. September 1918 geborene Kind selbstverständlich unehelich. Und da für dieses Kind weder Familienunterstützung gewährt wird, noch die Verpflichtung eines Kriegsteilnehmers zur Gewährung des Unterhalts festgestellt ist, vielmehr die natürliche Vaterschaft ungeklärt ist, weil die Wöchnerin in der Empfängniszeit mindestens mit zwei Männern geschlechtlich verkehrt hat (zu vgl. § 1717 BGB.), ist ein Anspruch auf Kriegswochenhilfe weder nach § 3 der Bek. vom 23. April 1915, noch nach § 4 der Bek. vom 22. November 1917 zu begründen.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1229 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. — 11. Dezember 1918. — Heft 35

Die Stellung der Ausländer nach der Reichsversicherungsordnung und den Kriegsverordnungen.

Von Dr. jur. Arthur Fischer in Breslau.

Mit Neid mußte der Italiener Cabrini (vgl. ArbVers. 1915 S. 477) gestehen, daß alle anderen Völker auf dem Gebiete der Sozialversicherung nur „Zwerge neben dem deutschen Riesen" zu schaffen vermocht hätten. Aber der Riese hat auch auf diesem Arbeitsfelde seine Macht nicht mißbraucht, sondern sie zum Schutze der bei ihm lebenden Zwerge benutzt. Gewährte er doch seine Fürsorge nicht nur den eigenen Volksgenossen, sondern auch allen Ausländern, die auf seinem Gebiete weilten. Denn die deutsche Sozialversicherung wird beherrscht vom Territorialitätsprinzip, d. h. alle Bewohner des Deutschen Reiches genießen den Versicherungsschutz, gleichgültig, ob sie In- oder Ausländer sind. Es ist deshalb eine zwecklose Untersuchung, ob die Ausländer mit den Inländern gleichberechtigt sind oder nur gleichbehandelt werden.[1]) Eine selbstverständliche Ausnahme vom Territorialitätsprinzip bildet der Fall, daß feindliche Ausländer, die dem feindlichen Heere folgten, in dem von diesem besetzten deutschen Gebiete Arbeiten verrichten, deren Zweck gegen Deutschland gerichtet ist, obwohl sie vielleicht notgedrungen von deutschen Unternehmern ausgeführt werden. Denn genießen in solchen Fällen schon die zwangsweise beschäftigten Deutschen keinen Versicherungsschutz, so dürfen ihn erst recht nicht die Ausländer erhalten (Raskel, MonSchr. 1914 S. 653; Witowski das. 1915 S. 2).

I. Die Stellung vor Kriegsausbruch.

a) Ausländer und Ausland.

Ausländer ist jeder, der nicht die deutsche Reichsangehörigkeit besitzt, ohne Rücksicht auf seine sonstige Nationalität.

Die deutschen Schutzgebiete gelten, wie allgemein völkerrechtlich, auch für die RVO. grundsätzlich als Ausland. Sonst würden die §§ 557, 596, 615, 950, 955, 1098, 1116, 1254, 1315, wonach ausdrücklich und ausnahmsweise die Schutzgebiete als Inland zu betrachten sind, unverständlich sein. Darum wird aber auch ein Seeschiff dadurch, daß Eingeborene der Schutzgebiete die Reichsflagge führen, noch nicht zu einem deutschen Seefahrzeug im Sinne der RVO. (§ 163). Sonst nämlich sind die deutschen Seeschiffe, wo sie sich auch befinden mögen, als deutscher Boden anzusehen und die Tätigkeit ihrer Mannschaft als Tätigkeit im Inland (Amtl. Nachr. 1898 S. 265). Andererseits bleibt besetztes Feindesland Ausland.

---

[1]) RVA., Entsch. vom 15. Februar 1915 in Berufsgenossensch. 1916 S. 23, gegen Moesle-Rabeling, Komm. III, 3. Aufl., S. 177; Stier-Somlo, Die Ausländer in der Sozialversicherung mit besonderer Berücksichtigung der Kriegszeit, in Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft 1916 Heft 3 S. 285 ff.

Die RVO. gilt grundsätzlich nur im Inlande, hier aber für In- und Ausländer in gleicher Weise. Tätigkeiten im Auslande sind nur versichert, wenn nach Lage des Falles diese Tätigkeiten als Teil, Zubehör oder „Ausstrahlung" eines inländischen Betriebes und die dort beschäftigten Personen somit gewissermaßen als im Inlande beschäftigt angesehen werden können (Amtl. Nachr. 1912 S. 724).

b) Ausstrahlung.

Als Ausstrahlung gilt jede gelegentliche geringfügige, zeitlich begrenzte Betätigung inländischer versicherungspflichtiger Betriebe im Auslande ohne selbständige wirtschaftliche Bedeutung („Berufsgenossenschaft" 1916 S. 109); z. B. wenn ein deutscher Bauunternehmer eine Fabrik in Rußland errichtete oder ein Monteur zu Lichtanlagen über die Grenze geschickt wurde. Ob eine solche Ausstrahlung vorliegt, ist Tatfrage und von Fall zu Fall zu entscheiden (Entsch. des RVA. in „Berufsgenossensch." 1915 S. 13). Der Ausstrahlungsbegriff ist zunächst für die Unfallversicherung entwickelt, beansprucht aber im Hinblick auf § 1330 auch für die Invalidenversicherung Gültigkeit. Eine entsprechende Vorschrift fehlt zwar für die Krankenversicherung. Aber es muß doch auf allen drei Gebieten der RVO. das gleiche gelten (Amtl. Nachr. 1912 S. 746; Anleitung des RVA. Ziff. 3 Abs. 4). Nur ist zu beachten, daß die Ausstrahlungstheorie auf Zweckmäßigkeitserwägungen gegenüber deutschen Arbeitern beruht (Rabeling, MonSchr. 1915 Sp. 545), an deren Schicksal dann natürlich die mitbeschäftigten Ausländer teilnehmen. So hat man eine Ausstrahlung nur so lange angenommen, als die Zahl der deutschen Arbeiter die der gemieteten Ausländer überwiegt. So lange sind also auch die Ausländer der deutschen Sozialfürsorge mit teilhaftig. Sind dagegen die beschäftigten Arbeiter in der Mehrzahl Ausländer, so liegt eine Ausstrahlung nicht mehr vor, und es sind dann weder die Ausländer noch logischerweise die dabei tätigen Deutschen versichert. Wenn aber der Versicherungsträger im Einverständnis mit dem Unternehmer die Arbeiten als versichert angesehen und behandelt hat, so liegt ein formellrechtliches Versicherungsverhältnis mit den gleichen Wirkungen wie ein materiellrechtliches vor, solange nicht der Versicherungsträger oder der Unternehmer durch eine ausdrückliche Erklärung gegenüber dem anderen Teile der weiteren Versicherung der Arbeiten widerspricht; nach einer solchen Erklärung können neue Unfälle keinen Anspruch mehr erzeugen.

Soweit hiernach der bei dem Ausstrahlungsbetriebe beschäftigte Ausländer an sich einen Rentenanspruch nach der RVO. hat, ruht dieser nach § 615 Abs. 1 Ziff. 3 während des freiwilligen Aufenthalts im Auslande, während seine Hinterbliebenen, die sich zur Zeit des Unfalls nicht gewöhnlich im Inland aufhalten, nach § 596 überhaupt keinen Anspruch erwerben. Eine Petition der Berufsgenossenschaften auf Erstreckung des Rentenzahlungsrechts auch an Ausländer in Ausstrahlungsbetrieben ist vom Bundesrat durch den Staatssekretär des Innern ausdrücklich abgelehnt worden (ArbVers. 1917 S. 621).

c) Voraussetzung und Umfang der Versicherung.

Voraussetzung für die Teilnahme an den Wohltaten der deutschen Sozialversicherung, mit alleiniger, aber auch nicht uneingeschränkter Ausnahme der Unfallversicherung, ist für die Ausländer nur, daß sie auch wirklich ihren gewöhnlichen Aufenthalt im deutschen Inlande haben. Der Ausländer, der nur vorübergehend im Geltungsbereiche der deutschen Gesetze beschäftigt wird, oder dem nur für eine vorher fest bestimmte Zeit der Aufenthalt im Inlande gestattet ist (§ 1233 RVO.), bleibt versicherungsfrei und ohne Anspruchsrechte.

Darum blieben in der Kranken- und Invalidenversicherung ohne Schutz insbesondere das ausländische Eisenbahnpersonal, so oft es auch in Begleitung durchgehender Züge

nach Deutschland kommen mag; die bei Ausstrahlungen ausländischer Betriebe im deutschen Inlande vorübergehend beschäftigten Ausländer; das ausländische Personal nur gelegentlich auf deutschen Binnengewässern verkehrender Schiffahrtzeuge; die auf Seeschiffen im Auslande angenommenen Ausländer, sofern sie nicht in die Schiffsbesatzung eintreten; das farbige Personal der Seeschiffe, das von seiner Heimat aus und mit der Absicht, in diese zurückzukehren, Seefahrtdienste übernimmt; endlich die Ausländer, denen der Aufenthalt in Grenzbezirken des Inlandes auf fest bestimmte kurze Zeit behördlich gestattet ist, oder die übungsgemäß in Flößereibetrieben beschäftigt werden.[2])

Für die Ausländer finden sich in der RVO. im einzelnen Bestimmungen in den §§ 216, 596, 615, 617, 950, 955, 1116, 1117, 1233, 1268, 1313, 1316, 1317, 1610, die hier zunächst betrachtet werden sollen: Die Unfallrente eines Ausländers wird nicht gezahlt, sondern ruht, solange er sich freiwillig gewöhnlich im Auslande aufhält (§ 615, 3). Freiwillig bleibt der Auslandsaufenthalt auch dann, wenn der Gesundheitszustand des Ausländers die Fortsetzung dieses Aufenthaltes zwingend erfordert. Wird ihm die Rückkehrerlaubnis verweigert, so wird der Aufenthalt mit dem Augenblick unfreiwillig, wo der Berechtigte sein Vorhaben, nach Deutschland überzusiedeln, deutlich zu erkennen gibt (Amtl. Nachr. 1918 S. 403 ff.). Die Unfallrente ruht ferner, solange der berechtigte Ausländer wegen Verurteilung in einem Strafverfahren aus dem Reichsgebiet ausgewiesen ist. Das gleiche gilt, wenn der Ausländer aus dem Gebiete eines Bundesstaates ausgewiesen ist, solange er sich nicht in einem anderen Bundesstaat aufhält (§ 615 Nr. 4, §§ 950, 955, 1116, 1117). Hierbei gelten deutsche Schutzgebiete als Inland. Die Hinterbliebenen eines Ausländers erwerben keinen Anspruch, wenn sie zur Zeit des Unfalles ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Auslande haben (§ 596). Der Aufenthalt an Bord eines deutschen Schiffes gilt hierbei als Aufenthalt im Inland (§ 1098). Solche Hinterbliebenen eines invaliden Ausländers erhalten nur die Hälfte der Invalidenrente ohne den Reichszuschuß (§ 1268). Ferner kann der Ausländer gegen seinen Willen für seine Ansprüche aus einem Unfalle mit einem Kapital abgefunden werden, sobald er das Reichsgebiet verlassen hat (§ 617; vgl. „Berufsgenossenschaft" 1916 S. 26). Ähnliches gilt in der Invalidenversicherung (§ 1316). Bei Ausweisung aus dem Reichsgebiet oder einem Bundesstaat ruht ferner auch die Krankenhilfe und die Invalidenrente (§§ 216, 1313), aber die im Inlande verbliebenen Angehörigen behalten einen Anspruch auf Familienhilfe, wenn die Satzung der Krankenkasse solche zubilligt (§ 216).

Ferner kann Ausländern im Ausland gleich der Endbescheid zugestellt werden (§ 1610), wodurch das Einspruchsverfahren ausgeschaltet wird. Auch sind die Ausländer in die Organe der Versicherungsträger nicht wählbar, können also nicht Versichertenvertreter beim Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Reichsversicherungsamt, Landesversicherungsamt, nicht Mitglieder des Vorstandes und Ausschusses der Krankenkasse und Versicherungsanstalt, des Vorstandes und der Genossenschaftsversammlung der Berufsgenossenschaften sein (§§ 12, 47, 76, 92, 107 RVO.).

d) Staatsverträge und Bundesratsbeschlüsse.

Außerdem waren durch Staatsverträge auf Grund des § 157 Vereinbarungen getroffen, in welchem Umfange für Betriebe, die aus dem Gebiete des einen Staates in das des anderen übergreifen, sowie für Versicherte, die zeitweise im Gebiete des anderen Staates beschäftigt werden, die Fürsorge nach der RVO. oder nach den Fürsorgevorschriften des anderen Staates ge-

[2]) Helms, Die Behandlung der vorübergehenden Dienstleistungen in der deutschen Sozialversicherung, in MonSchr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 1915 S. 745 ff.

regelt werden soll.[3]) Ob diese Staatsverträge durch den Kriegsausbruch nur suspendiert sind und nach Friedensschluß wieder ohne weiteres aufleben oder für immer aufgehoben sind und zur erneuten Gültigkeit einer ausdrücklichen Erneuerung bedürfen, ist streitig.[4]) Letztere Ansicht dürfte den Vorzug verdienen, vor allem aus praktischen Rücksichten, um die Erfahrungen des Krieges für Deutschland nutzbringend verwerten zu können. Während des Krieges jedenfalls gelten die Verträge nicht.

Gleiches wird anzunehmen sein für die Ausnahmebestimmungen zugunsten der Ausländer in bestimmten Grenzgebieten oder zugunsten der Angehörigen bestimmter Staaten bezüglich des Nichtruhens von Krankenhilfe, Unfallrente, Invalidenrente (§§ 216, 615, 1314) und Anspruchserwerb von Hinterbliebenen eines Unfallrentners, die zur Zeit des Unfalles sich nicht gewöhnlich im Inlande aufhielten (Hänel in ArbVers. 1915 S. 651). Allerdings beruhen diese Ausnahmebestimmungen zumeist auf Bundesratsbeschlüssen, also autonomen Akten der deutschen Gesetzgebung. Man könnte deshalb zu ihrer Außerkraftsetzung auch erst wieder einen Gesetzesakt für notwendig halten. Aber diese Bestimmungen sind doch völkerrechtlichen Inhalts, getroffen unter der „clausula rebus sic stantibus“; sie gelten also nur so lange, als das freundnachbarliche oder freundschaftliche Verhältnis, dem sie ihr Entstehen verdanken, keinen ausdrücklich erklärten Bruch erfahren hat. Denn anders als im sonstigen Rechtsleben sind völkerrechtlich die Beweggründe einer Vereinbarung durchaus beachtlich. Das ergibt sich schon daraus, daß sie am Eingange ausdrücklich mitgeteilt werden „von dem Wunsche beseelt und in der Absicht“ oder „von dem Gedanken geleitet“. Mit der Kriegserklärung oder dem Eintritt des Kriegszustandes verlieren sonach diese Bestimmungen sämtliche Wirkungen. Es tritt also wieder der Zustand ein, der vor ihrem Erlaß bestanden hat. Natürlich greift diese Wirkung nur für die Zukunft von Staat zu Staat Platz, übt aber keinen Einfluß auf das Einzelindividuum aus, das auf Grund solcher Staatsverträge oder Ausnahmebestimmungen Rechte schon erworben hat. Der feindliche Ausländer als Einzelmensch behält also sein Rentenrecht an sich, wenngleich er zur Zeit vielleicht Forderungen daraus, z. B. infolge Zahlungsverbotes nicht geltend machen kann. Es ist nur eine Rentensperre, keine Rentenentziehung eingetreten. Ob bei Friedensschluß eine Nachzahlung erfolgen darf, wird von den Gegenseitigkeitsabmachungen abhängig bleiben. Will man diese wohlerworbenen Rechte auch dem Einzelindividuum entziehen, so wäre dazu allerdings ein besonderer Gesetzesakt erforderlich. Ein solcher ist aber bisher nicht erfolgt, obwohl er, auch bei allem deutschen Überfeinempfinden, sicherlich moralisch gerechtfertigt erschiene. Man denke nur an die vielen italienischen Rentenempfänger!

Solche Ausnahmebestimmungen waren ergangen für ganz Luxemburg und das neutrale Gebiet Moresnet, ferner für eine Reihe von Grenzgebieten Belgiens — Lüttich, Verviers, Marche und Bastogne —, Frankreichs — Raon sur Plaine und Raon les Leau —, der Schweiz, Dänemarks, der Niederlande und Rußlands. Obwohl bei letzterem mangels einer russischen Sozialversicherung keine Gegenseitigkeit bestehen konnte, ruhte hier doch in den zwischen der Reichsgrenze und Sosnowice gelegenen Ortschaften Alt-Sosnowice, Sielce, Bogunja, Dembrowo-Gora, Ostro-Gortea, Milowice und Niwka, ferner in den an den Beuthener Kreis grenzenden Ortschaften Bobrownik, Rogoznik, Dobieschowice, Tempkowitz, Zychcicz, Woikowitz und Czeladz die Rente nicht. Außerdem waren begünstigt alle Angehörigen Belgiens und Italiens, sowie Österreichs (mit Ausnahme von Ungarn, Siebenbürgen, Kroatien-

---

[3]) Mit Luxemburg, Belgien, Italien, Österreich, Holland; Handbuch der Unf.-Vers., 3. Aufl., Ergänzungsband S. 142.

[4]) v. Liszt in MonSchr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 1914 S. 681; Hänel in ArbVers. 1915 S. 656.

Slavonien und Fiume), der Niederlande und Luxemburgs. (Moesle-Rabeling, Anm. 23—25 zu § 615.)

Da die erste Ausnahmegruppe an die Staatsgrenzen, die zweite an die Staatsangehörigkeit geknüpft ist, sind in jenem Falle alle Ausländer umfaßt, die in dem ausgenommenen Territorium wohnen, ganz gleichgültig, welchem Staate sie angehören; in diesem Falle stets die Belgier, Italiener, Luxemburger usw. berechtigt, ganz gleichgültig, in welchem Gebiete sie sich aufhalten, aber nur für die gewerbliche, nicht auch für die landwirtschaftliche Unfallversicherung.

c) Freie und Unfreie.

Den Versicherungsschutz genießen nur freie Personen. Zwar findet sich dieser Gedanke nirgends klar in der RVO. ausgesprochen. Aber das Gesetz betreffend die Unfallfürsorge für (Straf-) Gefangene vom 30. 6. 1900 erklärt im § 1: „Wenn Gefangene einen Unfall bei einer Tätigkeit erleiden, bei deren Ausübung freie Arbeiter nach den Bestimmungen der Reichsgesetze über Unfallversicherung versichert sein würden, so ist für die Folgen solcher Unfälle eine Entschädigung zu leisten." Woraus aber der Unterschied zwischen Freiheit und Unfreiheit sich ergibt, ist damit auch noch nicht gesagt. Das Reichsversicherungsamt hat das entscheidende Merkmal darin gesehen, daß kein Zwang zur Arbeit vorliegen darf und daß ein freier Austausch von Arbeit und Lohn möglich sein muß. (Amtl. Nachr. 1916 S. 497.) Aber mit dieser allgemeinen Fassung ist auch noch nichts erreicht. Denn der ohne Zwang dazu nach § 16 Abs. 2 StrGB. beschäftigte Strafgefangene bleibt dem Unfallfürsorgegesetz für Gefangene unterworfen, und die unter behördlichem Zwange erfolgenden Vorspanndienste für die Militärverwaltung verbleiben bei den Vorschriften der RVO. Entscheidend kann demnach nur sein, ob der Arbeitende sich im allgemeinen im Besitze seiner persönlichen Freiheit befindet oder ob er in dieser so erheblichen Beschränkungen unterliegt, daß er als unfrei anzusehen ist. (Rabeling, Kriegsverordnungen zur UnfVers. S. 13.) Solange jemand zum Abschluß eines freien Arbeitsvertrages nach der Gewerbeordnung, dem Handelsgesetzbuch oder dem Bürgerlichen Gesetzbuch in der Lage ist, muß er als frei angesehen werden. Dagegen ist er unfrei, wenn ein Zwang zur Arbeit durch den Staat, die Militär- oder Zivilbehörde ausgeübt wird, insbesondere wenn die Entscheidung über Maß und Ertrag der Arbeit dem Arbeiter selbst entzogen ist (Stier-Somlo a. a. O. S. 300).

II. Die Stellung nach Kriegsausbruch.

a) Allgemein.

Als daher bei Kriegsausbruch die feindlichen Ausländer zurückgehalten und einschneidenden polizeilichen Beschränkungen und einem indirekten Arbeitszwang unterworfen wurden, konnte man sie als freie Personen nicht mehr ansehen. Um so weniger als sie ständig der Gefahr ausgesetzt blieben, sogar interniert zu werden, sei es aus persönlichen Gründen, wie Ungehorsam oder Spionageverdacht, oder politischen, zu ihrer eigenen Sicherheit oder aus Vergeltungsrücksichten (Rabeling a. a. O. S. 14). Diese Ausländer verloren also den Versicherungsschutz in allen Zweigen der deutschen Sozialversicherung.[5])

Zivilgefangene sind auch die Angehörigen feindlicher Staaten, die in besetzten Teilen desselben festgenommen wurden, damit sie nicht in das feindliche Heer eintreten, insbesondere Wehrpflichtige, die verhindert werden sollten, der Wehrpflicht gegenüber ihrem Heimatstaate zu genügen. Sie sind keine Kriegsgefangenen, da sie nicht zur bewaffneten Macht des feindlichen Staates gehörten oder ihr folgten. Soweit sie in Gefangenenlagern vereinigt sind, wird man sie den Internierten gleichzustellen haben, sie also für unversichert ansehen müssen. Soweit sie

---

[5]) Anderer Ansicht Krause in MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. 1915 S. 551 ff.

Gelegenheit zum Abschluß freier Arbeitsverträge erhalten, muß man ihnen den Versicherungsschutz zusprechen. Keinesfalls kann man sie als eine Art Strafgefangene ansehen und unter das Unfallfürsorgegesetz für Gefangene stellen (Lehmann, MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. 1915 S. 553; RVA. in „Berufsgenossenschaft" 1917 S. 66). Das gleiche gilt für die in Ruhleben internierten Engländer und die in Holzminden internierten Franzosen. Diese in Konzentrationslagern internierten Ausländer bleiben auch dann unversichert, wenn sie unter militärischer Bewachung außerhalb des Lagers bei Privatunternehmern tätig sind, gleichgültig, ob sie jeden Abend oder erst nach bestimmten Perioden in das Lager zurückgeführt werden. Denn die Eigenschaft als Zivilgefangener hört erst auf, wenn eine Person zu freier Arbeit entlassen, in den Lagerlisten nicht mehr geführt und militärisch nicht mehr bewacht wird (Erl. des Kriegsamts v. 11. 7. 17, Monatsbl. f. Arb. Vers. 1918 S. 6). Unversichert sind ferner noch die Kriegsgefangenen (Kaskel, „Berufsgenossenschaft" 1915 S. 29 ff.). Als solche gelten nach dem Haager Abkommen vom 18. 10. 1907 nicht nur Soldaten, sondern auch solche Personen, die einem Heere folgten, ohne ihm unmittelbar anzugehören, wie Kriegskorrespondenten, Zeitungsberichterstatter, Marketender, Lieferanten.

Kriegsgefangene sind nun zwar keine Gefangenen im Sinne des Unfallfürsorgegesetzes für Gefangene, aber sie sind als unfreie Personen von der Versicherung nach der RVO. ausgeschlossen. Indessen hat man auch die kriegsgefangenen Ausländer einer besonderen Fürsorge unterworfen durch das Gesetz vom 15. 8. 1917 (RGBl. S. 654). Da der für die Überlassung solcher Kriegsgefangenen an die Militärverwaltung zu entrichtende Entgelt, sowie etwaige Aufwendungen für Wohnung und Beköstigung durch die Unternehmer in ihrer jährlichen Lohnnachweisung seit dem 1. 1. 1917 mit aufzuführen ist, stehen sie den deutschen Betrieben wie versicherte Personen gegenüber, haben aber selbst ebenso wie ihre Hinterbliebenen aus einem Unfalle nur dann einen Anspruch auf Schadenersatz auf Grund des deutschen bürgerlichen Rechts, wenn der Unternehmer oder ein ihm Gleichgestellter den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat und Gegenseitigkeit gewährleistet ist. Sonst stehen ihnen Ansprüche nur nach ihrem heimatlichen Versorgungsrecht zu (Rabeling, Kriegsverordnungen S. 39). Denn eine Versicherung nach den Vorschriften der RVO. hat dieses Gesetz für Kriegsgefangene nicht schaffen wollen. Sie müssen sich damit begnügen, auf Kosten des Reichs geheilt zu werden. Um ihnen aber die Möglichkeit zu geben, später bei ihrer Regierung eine Entschädigung für eine erlittene Verletzung beantragen zu können, ist angeordnet, daß über jeden Unfall eine Dienstbeschädigungsverhandlung aufzunehmen sei (Erl. d. preuß. Kriegsmin. v. 15. 1. 15, „Berufsgenossensch." 1915 S. 114).

Stier-Somlo verwirft die Unterscheidung zwischen Kriegs- und Zivilgefangenen als rechtlich nicht begründet und verneint überhaupt jede Versicherungspflicht der Angehörigen solcher Staaten, mit denen wir uns im Kriegszustand befinden, weil es nicht in der Absicht der nur auf den Friedenszustand zugeschnittenen RVO. liegen konnte, die Beschäftigung uns feindlicher Ausländer im Kriege unter dieselben Voraussetzungen zu bringen wie ihre Tätigkeit während des Friedens. Praxis und Literatur haben sich aber entgegengesetzt entschieden.[6])

Wie das in Görlitz als „Gast des Deutschen Reiches" befindliche Kontingent der Griechen zu beurteilen ist, von dem viele in deutschen Betrieben in Arbeit stehen, ist noch ungeklärt. Die Entscheidung hängt einmal von der strittigen völkerrechtlichen Frage ab, ob wir uns mit Griechenland im Kriegszustande befinden oder nicht und sodann davon, ob diese Griechen als „frei" anzusehen sind. Das Reichsversicherungsamt verneint

[6]) Stier-Somlo, a. a. O. S. 293. 294 und in ZtrBl. für Reichsvers. 1914 S. 343; dagegen RVA. Entsch. v. 15. 12. 15 in „Berufsgenossensch." 1916 S. 23. Kaskel das. 1915 S. 29. Haenel in ArbVers. 1915 S. 673.

in Übereinstimmung mit dem Auswärtigen Amt den Kriegszustand („Berufsgenossensch." 1918 S. 57), doch stehen dem erhebliche Bedenken entgegen. Eine förmliche Kriegserklärung, wie sie das Haager Abkommen vorschreibt, ist zwar nicht erfolgt; aber dieser Formmangel kann gegenüber der Tatsache, daß Teile des griechischen Heeres nach dem Willen der gegenwärtigen Regierung im feindlichen Lager gegen uns kämpfen, nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein. Das haben anläßlich des Eintritts Amerikas in den Krieg verschiedene Lehrer des Völkerrechts ausdrücklich hervorgehoben. Insbesondere hält auch v. Liszt (Völkerrecht, 4. Aufl. S. 139) eine formelle Kriegserklärung nicht für erforderlich; die Feindseligkeiten müssen nur von der einen Seite eröffnet worden sein und von der anderen eine gewaltsame Abwehr erfahren haben. Beides ist in Mazedonien geschehen. Allerdings sind die Angehörigen des IV. griechischen Korps nach Deutschland übergetreten, weil sie dem ungewollten Kriege mit Deutschland zu entgehen trachteten. Das schließt aber nicht aus, daß sie Angehörige eines feindlichen Staates wurden, sobald zwischen diesem und Deutschland der Kriegszustand eintrat. Sie müssen also ähnlich behandelt werden, wie die zurückgehaltenen russisch-polnischen Arbeiter. Tatsächlich unterliegen sie auch ähnlichen Beschränkungen wie diese. Es wird z. B. dem Deutschen Reiche bei den herrschenden Zuständen kaum einfallen, sie auf ihren etwaigen Wunsch wieder nach Griechenland zu entlassen. Schon damit allein aber haben sie ihre Eigenschaft als „Gäste" verloren. Freilich können diese Griechen nicht als „kriegsgefangen" angesehen werden. Aber sie sind keine Zivilpersonen, sondern Soldaten, unterstehen militärischer Kommandogewalt und Bewachung, werden in der Lagerliste Görlitz geführt, sind also in ihrer Freizügigkeit und persönlich so eingeschränkt, daß sie nicht für „freie" Personen gehalten werden können. Man muß sie also entsprechend wie die Internierten behandeln, d. h. sie bleiben in allen Zweigen der deutschen Sozialversicherung versicherungsfrei und ohne Anspruch an die Versicherungsträger. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß sie außerhalb des Lagers in Arbeit getreten sind und erst nach längerer Periode, nicht allabendlich in das Lager zurückgeführt werden (Erl. des Kriegsamts v. 11. 7. 17). An dieser Arbeitsstelle mögen sie sich wohl frei bewegen dürfen, insofern sind ihnen dann in der Tat „aus Anlaß ihrer Beschäftigung Freiheitsbeschränkungen nicht auferlegt". Sobald sie aber die Arbeit niederlegen, werden sie wieder in Görlitz interniert. Ihre Freiheitsbeschränkungen beruhen eben in ihrer Interniertheneigenschaft. Unter dem Rechtsschutze der deutschen Sozialversicherung stehen aber nur „freie" Personen.

Der Versicherungszwang ergreift alle im Inlande verrichteten Arbeiten. Jedoch gelten fremde Kriegsschiffe und unter der Flagge ihres Staatsoberhauptes fahrende fremde Seeschiffe auch bei ihrem Aufenthalt in deutschen Häfen völkerrechtlich nicht als Inland (Amtl. Nachr. 1897 S. 380). Ebenso sind die Exterritorialen — zu denen nicht auch die ausländischen Konsuln gehören — außerhalb des Zwanges der deutschen Gesetze gestellt; deshalb sind die von ihnen beschäftigten Ausländer (wie Inländer) auf allen Gebieten versicherungsfrei (Witowski a. a. O. S. 681 ff.). Für die Invalidenversicherung gibt aber § 1232 die Möglichkeit, daß deutsche Arbeitnehmer an Stelle ihrer ausländischen Arbeitgeber die diesen eigentlich obliegenden Beiträge selbst leisten und sich so ihre Ansprüche wahren. In der Kranken- und Unfallversicherung fehlt eine ähnliche Bestimmung. Es ist bisher strittig, ob mangels jeder Gegenleistung hier trotzdem die Versicherungsträger als zu den gesetzlichen Leistungen verpflichtet zu gelten haben. Dies wird mit Witowski (a. a. O.) und wohl auch Stier-Somlo (a. a. O. S. 287) zu verneinen sein, weil, wer in ausländische Dienste tritt, auch die Folgen dieser Entschließung tragen muß.

Die ausländischen Arbeitgeber im deutschen Inland haben natürlich

ihre Beiträge ebenso zu zahlen wie inländische. In der Unfallversicherung haben Unternehmer im Auslande befindlicher Betriebe den Berufsgenossenschaften Sicherheit nach § 740 zu leisten. Den Eingang der Versicherungsbeiträge stellen die Überwachungen ausländischer Unternehmungen sowie die zwangsweise Verwaltung von Unternehmungen feindlicher Staatsangehöriger sicher (Haenel, ArbVers. 1915 S. 655). In Deutschland liegende Grundstücke eines Ausländers, der seinen Betriebssitz im Auslande, aber keinen solchen im Inlande hat, bilden auch dann keinen landwirtschaftlichen Betrieb im Sinne der RVO., wenn der Besitz im Inlande überwiegt und seinem Umfang nach einen landwirtschaftlichen Betrieb bilden könnte. Unfälle in solchen Betrieben sind also nicht nach deutschem Recht zu entschädigen (Bayer. LVA. in MonSchr. 1916 S. 739). Hier liegt eine Umkehrung der Ausstrahlung vor, nämlich eines ausländischen Betriebes ins Inland, der logischerweise dem fremdstaatlichen Sozialrecht unterworfen bleiben muß.

Die Feststellung, Bescheiderteilung (RVA. in MonSchr. 1916 S. 506) und Rentenzahlung für feindliche Ausländer muß auch während des Krieges erfolgen, da ja die RVO. grundsätzlich Ausländer und Inländer gleich behandelt. Nach § 158 kann nur ein Vergeltungsrecht durch den Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats ausgeübt werden. Davon ist bisher kein Gebrauch gemacht worden. Infolgedessen darf die Einstellung der Rente eines im Inlande befindlichen Ausländers allein wegen seiner Zugehörigkeit zu einem feindlichen Staate nicht erfolgen. Der Ausländer erhält seine Rente weiter, selbst wenn deutschen Arbeitern in dem gleichen Auslande während des Krieges ihre etwaigen Versicherungsansprüche entzogen wurden (RVA. in MonSchr. 1916 S. 102, 250). Das empört unser Empfinden ebenso wie die Tatsache, daß ein ausgewiesener Ausländer, der im Kriege die Waffen gegen uns getragen hat, seines Rentenanspruchs nicht verlustig geht, sondern nach Wegfall der Zahlungsverbote die gesamte Rente nachfordern kann. Denn er hat ja Deutschland nicht freiwillig verlassen, und infolgedessen ruht auch seine Rente nach § 615 nicht! Der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften hatte darum gesetzliche Vorschriften beantragt, durch welche alle Ansprüche aus der reichsgesetzlichen Unfallversicherung solcher Angehöriger feindlicher Staaten, die das Inland, gleichviel aus welcher Ursache, dauernd verlassen, dauernd beseitigt werden. Der Reichskanzler hat aber ablehnend geantwortet („Berufsgenossensch." 1915 S. 92, 148 ff.), weil der Rentenanspruch des Ausländers ein wohlerworbenes Recht sei, das nach deutschem Empfinden über die Zahlungsverbote hinaus nicht entzogen werden dürfte. Nur dann erfolgt die Rentenzahlung nicht, wenn Gefahr besteht, daß das Geld ins feindliche Ausland abgeführt wird; und dieser Verdacht ist immer begründet, wenn der Ausländer dort Angehörige besitzt, die er auch schon vor dem Kriege unterstützt hat (MonSchr. 1916 S. 559). Voraussetzung ist, daß ein Verbot der Zahlung nach dem betreffenden Auslande erlassen worden ist. In solchen Fällen wird die Rente für den Ausländer angesammelt.

Die Renten Internierter werden gegen Quittung des Berechtigten zu Händen des Lagerkommandanten gezahlt. Daraus wird für ihn die notwendige Bekleidung ergänzt, der Rest wie andere Vermögensstücke behandelt. Doch kann mit seiner Zustimmung die Rente auch seinen im Inlande wohnenden Angehörigen ausgehändigt werden. Das gleiche gilt für die Kranken- und Invalidenversicherung. Denn die Internierung eines feindlichen Ausländers, die lediglich aus Gründen der Staatssicherheit oder Vergeltung erfolgt, ist keine entehrende Freiheitsstrafe im Sinne des § 615 RVO., kann also nicht etwa das Ruhen der Rente im Gefolge haben (RVA. in „Berufsgenossensch." 1916 S. 31).

Ist der Ausländer minderjährig, so ist nach dem Haager Abkommen vom 12. 6. 1902

im Gegensatz zu Art. 23 Einf. Ges. zum BGB. das Amtsgericht berechtigt und verpflichtet, eine Pflegschaft als vorübergehende Schutzmaßregel zu bestellen (vgl. Entsch. in „Berufgenossensch." 1916 S. 135, 1917 S. 87).

Zahlungen in ein Ausland, gegen das kein Zahlungsverbot besteht, werden bei dem Sinken des deutschen Markwertes für die Berechtigten oft einen fühlbaren Verlust darstellen. Z. B. erhielt ein in Holland lebender Empfänger nur etwa die Hälfte der angewiesenen Rente oder Kapitalabfindung wirklich ausgezahlt. Es ist daher seitens einiger Berufsgenossenschaften ein Abkommen mit dem Königl. nationalen Unterstützungskomitee im Haag getroffen worden, wonach die Zahlungen zu dem Umrechnungskurse von 1 Gulden = 1,70 ℳ vorgenommen werden („Berufsgenossensch." 1917 S. 184). Zu diesem Kurse wird der Betrag bei der Landesbank der Rheinprovinz in Düsseldorf verzinslich eingezahlt und bleibt hier infolge Entgegenkommens des Unterstützungskomitees solange stehen, bis der Umrechnungskurs wieder 1,70 ℳ erreicht hat. Ein anderer Weg, die Berechtigten vor Kursverlust zu schützen und die Versendung deutschen Geldes ins Ausland zu vermeiden, ist darin gefunden worden, daß die fälligen Rentenbeträge bei einer Sparkasse angelegt worden sind und hier solange stehen bleiben, bis der Kurs sich nach Beendigung des Krieges wieder gebessert hat. Freilich mußte dazu vorher die Einwilligung des Berechtigten eingeholt werden. Wo aber ein Verkehr mit den Rentenempfängern nicht möglich ist, entfällt diese Notwendigkeit (Runderl. d. RVA. v. 20. 6. 18. — I. 3285).

Dagegen blieb der Krieg auf die immer kleiner werdende Zahl der neutralen oder verbündeten Ausländer ohne jeden Einfluß. In erster Linie traf der Rechtsverlust die russisch-polnischen Arbeiter, die in großer Zahl als landwirtschaftliche Saisonarbeiter in Deutschland tätig waren. Später die vielen italienischen Industriearbeiter. Jedoch gelten als freie und geschützte Personen die Ausländer, die im besetzten Gebiet angeworben wurden und mit Genehmigung der zuständigen Behörde freiwillig nach Deutschland kamen, um hier zu arbeiten (Amtl. Nachr. 1916 S. 497). Allerdings unterliegen auch diese Ausländer vielfachen Beschränkungen hinsichtlich ihres Aufenthaltsortes und ihres Beschäftigungswechsels. Aber sie können sich an ihrem Wohnort frei bewegen, ihre Wohnung nach Belieben wählen und innerhalb ihres Ortspolizeibezirks die Arbeitsstelle wechseln. Sie sind also nur in ihrer Freizügigkeit erheblich beschränkt, nicht aber persönlich unfrei geworden. Sie befinden sich in ähnlicher Lage wie die nach § 383 Strafgesetzb. der Polizeiaufsicht unterstehenden Personen, deren Versicherungspflicht niemals in Zweifel gezogen war („Berufsgenossensch." 1916 S. 101 ff.). Außerdem war es unerläßlich, diese Ausländer besser zu stellen als die von Anfang an in Deutschland zurückgehaltenen. Denn letztere waren darauf angewiesen ihre Arbeitskraft lediglich in Deutschland zu verwerten, jene aber sollten gerade erst angereizt werden in Deutschland Arbeit zu nehmen. Dabei wirkte die Aussicht bei Krankheit und Unfall eine hinreichende Fürsorge zu genießen, oft ausschlaggebend. Und bei der immer stärker erfolgenden Einziehung der deutschen männlichen Arbeitskräfte war ein solcher Zuzug überaus erwünscht; namentlich für die Industrie. Störend jedoch wirkte dabei der vorher erwähnte Unfallrentenausschluß bei gewöhnlichem Aufenthalt im Auslande.

b) Auf dem Gebiete der Unfallversicherung.

Einer Anregung des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften entsprechend wurden deshalb die §§ 596 Abs. 1, 615 Abs. 1 Nr. 3, 950, 955 RVO. durch Bekanntm. vom 14. 6. 1916 (RGBl. S. 515) aufgehoben zugunsten aller Ausländer, die vor ihrer Beschäftigung im Inlande ihren letzten gewöhnlichen Aufenthalt im Gebiete des Generalgouvernements Warschau oder der k. u. k. Militärverwaltung Polen hatten,

und zwar für alle Unfälle aus der Zeit seit dem 1. Mai 1916. In Betracht kommt also ganz Russisch-Polen mit Ausnahme von Suwalki, das dem deutschen Oberbefehlshaber Ost unterstand. Betroffen wurden aber nicht nur die Russen, sondern auch etwaige andere Ausländer in diesem Gebiete. Die Aufhebung der Paragraphen erfolgte aber nur für Unfälle im Inlande. Deshalb bleibt es bei den Ausschlußbestimmungen der RVO., wenn der Ausländer bei einem Ausstrahlungsbetriebe verunglückt (Rabeling a. a. O. S. 22).

Diejenigen Angehörigen feindlicher Staaten, welche ohne Kriegsgefangene zu sein, auf Grund von Maßnahmen der deutschen Heeresverwaltung zum Zwecke ihrer Beschäftigung nach Deutschland gekommen oder überführt worden sind, in der Hauptsache also die arbeitsscheuen und arbeitslosen Belgier, mußten zunächst ebenfalls als unfrei angesehen werden, weil sie nur einem Zwange gehorchend in Arbeit traten. Sie wurden aber durch die Bekanntm. vom 25. 1. 1917 (RGBl. S 79) den Vorschriften der RVO. über Kranken- und Unfallversicherung unterstellt. Die meisten dieser sogenannten verpflanzten Belgier sind inzwischen wieder nach Belgien zurückgeschafft worden, die anderen in ein freies Arbeitsverhältnis getreten. Diese Bundesratsverordnung ist also zur Zeit bedeutungslos. Mit ihr sollte aber den Behauptungen in der feindlichen und einem Teile der neutralen Presse entgegengearbeitet werden, daß diese Belgier grausam und unmenschlich behandelt würden. Auch sollten sie selbst einen Rechtsanspruch für alle gesundheitsschädlichen Folgen der Arbeit haben, die ihnen gegen ihren Willen aufgezwungen wurde. Natürlich aber war dabei auch eine Entlastung der inländischen Unternehmer- und Armenverbände mitsprechend (Spielhagen, MonSchr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1917 S. 797).

Endlich wurden die Angehörigen feindlicher Staaten, welche wegen der ihnen als solchen durch Anordnung deutscher Behörden auferlegten Beschränkungen den Vorschriften der RVO. über Unfallversicherung nicht unterlagen, durch die Bekanntm. vom 30. 3. 1917 (RGBl. S. 301) allgemein diesen Vorschriften unterstellt mit Wirkung vom 1. 1. 1917. Damit sind auch die Zivilgefangenen versichert, soweit sie nicht interniert sind oder in Strafhaft sitzen. Die Meinung, daß auch Internierte versichert seien (Krause, MonSchr. 1915 S. 553) erscheint nicht haltbar.

Dadurch, daß dieser Verordnung keine rückwirkende Kraft auf den Kriegsbeginn gegeben wurde, ist eine Lücke in der Unfallversicherung für feindliche Ausländer geblieben. Denn alle Unfälle, die sich vor dem 1. 1. 1917 ereigneten, begründen keinen Anspruch. Das wirkt bei all den Leuten besonders hart, die schon seit Jahren oder gar Jahrzehnten in Deutschland ansässig, vielleicht sogar mit deutschen Frauen verheiratet sind und hier blieben, weil sie weder selbst in Feindschaft mit Deutschland geraten, noch ihre Kinder gegen Deutschland kämpfen lassen wollten. So waren z. B. auf den Zechen im Rheinland schon vor Kriegsausbruch 1651 Italiener und noch mehr russisch-polnische Arbeiter tätig, die nicht zurückwollten. Nach der letzten Berufszählung 1907 — das möchte ich des Interesses halber hier einschalten — befanden sich in Deutschland 280 761 Russen, 147 034 Italiener, 35 535 Franzosen usw. (ArbVers. 1917 S. 621), insgesamt 1912 rund 332 000 gewerblich und 397 000 landwirtschaftlich beschäftigte Ausländer (Kaufmann, Schadenverhütendes Wirken S. 46), wobei die Italiener schon für sich mit 28 000 Mann 1 208 000 ℳ jährlich Unfallrenten allein oder insgesamt aus der deutschen Sozialversicherung 2½ Millionen Mark zogen (ArbVers. 1915 S. 437)!

Im Auslande lebende Rentenempfänger, deren Unfall vor dem 1. Juli 1914 sich ereignete, können ihre Ansprüche während des Krieges nicht mehr geltend machen. Denn die Verordnung vom 7. 8. 1914 über die Geltendmachung von Ansprüchen von Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz haben, ergreift auch die RVO. Deren Spruchbehörden sind

inländische Gerichte und die Ansprüche gegen die deutschen Versicherungsträger sind vermögensrechtliche Ansprüche (Amtl. Nachr. 1916 S. 775; anders Stier-Somlo a. a. O. S. 304 Anm. 2). Diese Verordnung ist aber nur dem Ausgleich der Folgen ausländischer Moratorien zu dienen bestimmt. Sie findet daher auf Verfahren, in welchen eine Berufsgenossenschaft gegen einen im Ausland wohnenden Rentenberechtigten die Ermäßigung oder die völlige Entziehung der laufenden Rente verfolgt, keine Anwendung (Amtl. Nachr. 1918 S. 404 ff.).

c) Auf dem Gebiete der Krankenversicherung.

Einen weiteren Ausschluß der Ausländer brachte das Gesetz über die Erhaltung der Anwartschaften aus der Krankenversicherung vom 4. 8. 1914 (RGBl. S. 334), nach dem nur für Reichsdeutsche der Aufenthalt im Auslande infolge Einberufung zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten dem regelmäßigen Aufenthalt im Inland gleich gilt. Nach der Bekanntm. vom 26. 11. 1914 (RGBl. S. 485) ist die Anwendbarkeit auf Angehörige Österreich-Ungarns erweitert.

Und die Reichswochenhilfe erhalten nach der Bekanntm. vom 3. 12. 1914 (RGBl. S. 492) auch in ihrer weiteren Ausdehnung durch die Bekanntm. vom 28. 1. 1915 und 23. 4. 1915 nur Ehefrauen deutscher Kriegsteilnehmer. Weibliche Angehörige ausländischer Staaten haben keinen Anspruch darauf, weil damit lediglich der durch Kriegsverlust gefährdete Nachwuchs des deutschen Volkes gesichert und gekräftigt werden sollte. § 8 erhöht aber auch die Wochenhilfe der Krankenkasse auf die Höhe der Reichswochenhilfe. Ist nun die ausländische Wöchnerin Mitglied einer Krankenkasse, so steht ihr dann als Selbstversicherter diese erhöhte Wochenhilfe zu, auch wenn sie einem feindlichen Staate angehört, solange sie nur nicht als „unfrei“ anzusehen ist. Denn bei gleicher Beitragspflicht stehen auch gleiche Ansprüche zu (Hahn, ArbVers. 1916 S. 795).

Auf dem Gebiete der Krankenversicherung wurden alle seit Beginn des Krieges in Deutschland befindlichen feindlichen Ausländer den Vorschriften der RVO. über Krankenversicherung unterstellt durch Bekanntm. vom 2. 11. 1916 (RGBl. S. 1247) mit Wirkung vom 20. 11. 1916. Dabei ist mit den Worten „seit Beginn des gegenwärtigen Krieges“ nicht allgemein der 1. August 1914 gemeint, sondern es kommt für jeden Ausländer der Tag des Kriegsbeginns mit seinem Heimatstaate in Betracht. Deshalb waren alle Italiener bis zum Kriegsausbruch mit Italien versichert, gleichgültig, ob sie vor oder nach dem August 1914 nach Deutschland gekommen waren. Das gleiche gilt für Rumänen und Portugiesen (Spielhagen, MonSchr. 1917 S. 5).

Dagegen schützt die Bekanntm. vom 14. 12. 1916 betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland nicht auch ausländische Arbeiter im Ausland, sondern nur Inländer, die außerhalb der deutschen Reichsgrenze im Auslande Arbeiten verrichten. Die dabei beschäftigten Ausländer sind nur dann versichert, wenn sie einer uns verbündeten oder befreundeten Macht angehören, aber nicht gerade Angehörige des Staates sind, in welchem die Arbeiten ausgeführt werden. So bleibt z. B. der Luxemburger in Luxemburg, der Türke in Palästina, der Österreicher in einem österreichischen Kriegshafen ohne den deutschen Versicherungsschutz (Spielhagen, Mon.-Schr. 1917 S. 15).

Solange ein Ausländer nur der Krankenversicherung, noch nicht aber der gewerblichen Unfallversicherung unterstand, hatte er auch keinen Anspruch aus § 573 RVO. auf den sogenannten Unfallzuschuß, die Erhöhung seines Krankengeldes auf ⅔ des Grundlohnes (ArbVers. 1916 S. 794).

d) Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung.

Mit dem Eintritt des Kriegszustandes und der damit verknüpften Beschränkungen der persönlichen Freiheit hörte bei den betr. Ausländern der Zwang zur Versicherung

auf. Bei der Invalidenversicherung ist aber eine geraume Wartezeit zu erfüllen, ehe der Anspruch auf Rentenbezug fällig wird. Auch erlischt der Anspruch ganz, wenn die Anwartschaft nicht aufrechterhalten wird, und schließlich ist von den gezahlten Beiträgen die Höhe der späteren Rente abhängig. Es ist also für den feindlichen Ausländer sehr wesentlich, ob man ihm, sobald seine Versicherungs*pflicht* verneint wird, wenigstens das Versicherungs*recht* belassen kann, um durch Weiterkleben von Marken die Wartezeit zu erfüllen, die Anwartschaft zu erhalten und die Rente zu erhöhen. Das Reichsversicherungsamt hat schon 1912 (Amtl. Nachr. S. 792) erklärt: „Wer aus einem versicherungspflichtigen Verhältnis ausscheidet, kann die Versicherung freiwillig fortsetzen oder später erneuern, die Ursache des Ausscheidens ist unerheblich.“ Es bestehen also keinerlei Bedenken, den unfreien Ausländern das Recht freiwilliger Weiterversicherung zuzugestehen, genau so wie man bei deutschen Strafgefangenen verfuhr (Amtl. Nachr. 1908 S. 535). In diesem Sinne hat das Reichsversicherungsamt auch hinsichtlich der feindlichen Ausländer unterm 20. 1. 17 entschieden (MonSchr. 1917 S. 281). Eine Selbstversicherung, ohne Anschluß an eine vorangegangene Pflichtversicherung, aber können sie wegen ihrer Unfreiheit nicht beginnen. Deshalb wurde bei den verpflanzten Belgiern, als diese allgemein den Vorschriften über Kranken- und Unfallversicherung unterstellt wurden, der Klarheit halber noch ausdrücklich betont, daß sie von der Invalidenversicherung befreit zu bleiben hätten. Eine Invalidenversicherung hätte für sie, die ja doch nicht auf die Dauer in Deutschland behalten werden sollten, ja auch gar keinen Nutzen gehabt, weil sie die Wartezeit nicht zu erfüllen vermochten. Mit dem Augenblick, wo die Belgier, aus dem Zwange entlassen, in ein freies Arbeitsverhältnis traten, sind sie ja dann ohne weiteres invalidenversicherungspflichtig und -berechtigt geworden, denn seitdem gelten sie eben als Ausländer, die aus besetzten Gebieten nach Deutschland freiwillig zur Arbeit gekommen sind und daher nicht als unfrei. Nur trifft — was von Fall zu Fall zu untersuchen ist — vielleicht manchmal auf sie die Bundesratsverordnung vom 21. 2. 1901 und der § 1233 zu. Wenn ihnen nämlich der Aufenthalt in Deutschland nur für eine bestimmte Zeit gestattet sein sollte, bleiben sie versicherungsfrei, wie es z. B. die polnisch-russischen Saisonarbeiter vor ihrer Zurückhaltung waren.

Keinesfalls können Ausländern im allgemeinen nach § 1281 Militärdienstzeiten als Wochenbeiträge zur Erhaltung der Anwartschaft oder nach § 1393 Kriegswochen als Wartezeit und Rentensteigerungsersatztatsache angerechnet werden. Schon daß dazu für Österreich-Ungarn eine besondere Verordnung vom 26. 11. 1914 (RGBl. S. 485) notwendig war, beweist, daß diese Gesetzesbestimmung nur auf Dienstleistungen im deutschen Heere und in der deutschen Marine Anwendung finden kann. Das geht auch aus dem Vertrage mit Italien vom 31. 7. 1912 hervor, wo ausdrücklich „für die Erhaltung der Anwartschaft auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Erfüllung der Pflicht zum aktiven Militärdienst in Italien der Erfüllung der deutschen Wehrpflicht gleichgestellt“ wird (*Koehne*, Recht der Sozialversich. S. 22). Militärdienste in anderen als österreichisch-ungarischen ausländischen Heeren wurden erst durch die Bundesratsverordnung vom 7. 8. 1915 anrechnungsfähig, aber nur bei uns verbündeten oder befreundeten Staaten. „Befreundete“ Macht ist dabei enger zu verstehen, als „neutrale“ Macht; es kann also z. B. ein Versicherter, der in finnischem oder ukrainischem Dienste gegen die Russen gekämpft hat, Anrechnung dieser Militärdienstzeiten verlangen (*Klehmet*, MonSchr. 1918 S. 246).

c) Zusammenfassung.

Die gegenwärtige Rechtslage der Ausländer ist hiernach zusammengefaßt folgende:

1. Nichtfeindliche Ausländer sind genau so versichert wie Inländer.

2. Die bei Kriegsausbruch mit ihrem Staate in Deutschland zurückgebliebenen oder zurückgehaltenen feindlichen Ausländer sind ausnahmslos der Krankenversicherung unterstellt seit dem 20. 11. 1916.
3. Die bei Ausbruch des Krieges mit ihrem Staate hier zurückgebliebenen oder zurückgehaltenen feindlichen Ausländer sind ausnahmslos der Unfallversicherung unterstellt seit dem 1. 1. 1917.
4. Der Invalidenversicherungspflicht unterstehen nur solche Ausländer, die ihre persönliche Freiheit uneingeschränkt behalten oder wiedererhalten haben. Zur Weiterversicherung sind alle berechtigt, die vorher verpflichtet und versichert waren.
5. Die erst nach Kriegsausbruch aus den besetzten Gebieten nach Deutschland zur Arbeit gekommenen Ausländer genießen ausnahmslos auf allen Gebieten der deutschen Sozialversicherung Versicherungsschutz.
6. Unversichert sind allein die Kriegsgefangenen und die Internierten.

Besonders hervorgehoben verdient noch zu werden, daß die Ausländer auch einen Anspruch auf die Teuerungszulagen sowohl bei Unfall- wie auch bei Invalidenrenten hatten. Den die Einschränkung lautet nur „wenn sie sich im Inlande aufhalten". Hierin brachte die große Revolution einen Umschwung. Denn die vom Rate der Volksbeauftragten in Gemeinschaft mit dem Staatssekretär des Reichsarbeitsamts am 12. 11. 1918 erlassene Verordnung — Reichsgesetzbl. S. 1310 — verlängert die Wirksamkeit der Bekanntmachung über die Gewährung von Zulagen an Empfänger von Invaliden-, Witwen- und Witwerrenten wohl noch für das Jahr 1919, setzt aber gleichzeitig an die Stelle des angeführten Nebensatzes die Worte „sofern sie nicht Ausländer sind und sich nicht im Auslande aufhalten". Eine entsprechende Bestimmung für die Unfallrentner ist noch nicht ergangen.

III. Die heutige Stellung der Polen.

Aber eine ganz eigenartige und rechtlich sehr interessante Lage hat sich infolge der historisch-politischen Ereignisse dieses Weltkrieges bei den in Deutschland seit Kriegsausbruch zurückbehaltenen russisch-polnischen Arbeitern herausgebildet. Sie haben den ersten Anstoß zu den besonderen Ausländerverordnungen gegeben, sie werden auch den Beschluß machen müssen. Mit der Errichtung des Königreichs Polen vom 5. 11. 1916 haben sie ihre bisherige Nationalität verloren. Sind sie damit aus der Zahl der feindlichen Ausländer ausgeschieden? Das Schöffengericht Krefeld hat am 15. Mai 1918 die Frage verneint, weil mit Polen kein Friedensschluß erfolgt sei. Und auch die Allgemeine Verfügung des preuß. Justizministers vom 12. 6. 1918 (Justizministerialblatt 1918 S. 209) erklärt ausdrücklich nur die Randstaaten für neutral, mit denen ein Friede geschlossen sei, die anderen seien feindliche Ausländer geblieben. Ein Friedensschluß ist ja wohl das übliche Ende eines Krieges. Ein Krieg kann aber auch ohne Friedensschluß beendigt werden; § 15 BGB. gibt für solchen Fall sogar eine Einzelbestimmung (bezüglich der Todeserklärung). Nun ist aber doch das Königreich Polen eine eigene Schöpfung Deutschlands und Österreichs, und wir werden doch kein uns feindliches Ausland uns selbst haben schaffen wollen. Denn allein die rechtliche Seite ist ausschlaggebend; wie sich die Bevölkerung dieses neuen Staates politisch zu uns stellt, hat damit nichts zu tun. Der weitere Ausbau dieses Gebildes Polen erfolgt ferner unter Mitwirkung einer berufenen Landesvertretung. Infolgedessen wird man trotz der deutschfeindlichen Strömungen rechtlich Polen nicht als feindliches Ausland, seine Angehörigen nicht als feindliche Ausländer ansehen können; dann fallen sie auch nicht unter die oben erwähnten Verordnungen bezüglich der Kranken- und Unfallversicherung feindlicher Ausländer. Es fragt sich darum weiter, ob etwa die

ihnen auferlegten Beschränkungen ihrer persönlichen Freiheit mit dem Gründungstage aufgehoben worden sind, so daß sie als freie Personen von der RVO. umfaßt werden können. Darin ist aber keine Änderung eingetreten; sie sind nach wie vor den militärischen und polizeilichen Eingriffen in ihre persönliche Freiheit unterworfen geblieben. Das Reichsversicherungsamt hat deshalb seine gegenteilige Ansicht vom 2. 12. 1916 auch wieder am 15. 3. 1918 fallen gelassen und die Polen für unfrei erklärt. Somit sind sie vom Versicherungsschutze der deutschen Gesetze ausgeschlossen. Sie und alle anderen etwa in ähnlicher Lage befindlichen Ausländer stehen somit jetzt schlechter da, als wenn sie noch zu unseren Feinden zählten! (ArbVers. 1918 S. 353.) Ein verwirrender und unhaltbarer Zustand. Er wird aber so lange dauern müssen, als nicht solche Ausländer durch eine Verordnung ausdrücklich für frei erklärt werden oder etwa bestimmt wird, daß die Eigenschaft als feindlicher Ausländer erst mit dem Abschluß des Allgemeinfriedens verloren geht. Solange müssen auch die noch nicht wieder ausgelieferten russischen und rumänischen Kriegsgefangenen, obwohl mit ihren Heimatstaaten doch zweifellos ein Friede geschlossen ist, als Gefangene gelten!

IV. Zukunftsforderungen.

Es erscheint nicht angängig, öffentlich zu erörtern, welche Forderungen sich aus der geschilderten Sach- und Rechtslage für die Zukunft ergeben. Jedenfalls hat der Krieg gezeigt, daß eine Reihe von Vorschriften der RVO. über die Stellung der Ausländer im deutschen Sozialrecht verbesserungsbedürftig ist. Es muß dem Frieden vorbehalten bleiben, auch auf dem Gebiete der Sozialversicherung Gleichwertigkeit durchzusetzen, und tatsächlich sind ja auch schon vielfach Stimmen laut geworden, die eine solche Klausel in den künftigen Friedens- und Handelsverträgen verlangen („Berufsgenossensch." 1918 S. 66, ArbVers. 1918 S. 275, MonSchr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1918 Sp. 355).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Verordnung des Rats der Volksbeauftragten über Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der Krankenversicherung.

Vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321).

§ 1. — Für den Fall der Krankheit werden bis auf weiteres nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung versichert:

1. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet,
2. Handlungsgehilfen und Gehilfen in Apotheken,
3. Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen.
4. Lehrer und Erzieher,
5. Schiffer auf deutschen Seefahrzeugen, soweit sie nicht unter die §§ 553 bis 553 b des Handelsgesetzbuchs fallen, sowie auf Fahrzeugen der Binnenschiffahrt,

wenn sie gegen Entgelt beschäftigt werden und ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst mehr als zweitausendfünfhundert Mark, aber nicht mehr als fünftausend Mark an Entgelt beträgt.

§ 2. — Die §§ 178, 314 Abs. 2 der RVO. werden aufgehoben.

Im § 313 Abs. 1 der RVO. erhält der letzte Satz folgende Fassung: „Es kann mit Zustimmung des Kassenvorstandes in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten."

§ 3. — Wer in der Zeit seit Beginn des Krieges wegen Überschreitens der Einkommensgrenze von zweitausendfünfhundert Mark aus seiner Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse ausgeschieden ist, kann bei dieser Kasse binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften die Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 RVO. beantragen, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war und nicht jetzt nach § 1 versicherungspflichtig ist.

Die Kasse kann den Berechtigten, wenn er sich zum Beitritt meldet, ärztlich untersuchen lassen. Eine Erkrankung, die beim Wiedereintritt bereits besteht, be-

gründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung.

Die Vorschriften des Abs. 1, 2 gelten sinngemäß für Personen, die seit Beginn des Krieges auf Grund des § 178 oder des § 314 Abs. 2 der RVO. aus der Kassenmitgliedschaft ausgeschieden sind.

§ 4. — Sind seit Beginn des Krieges Personen der im § 1 bezeichneten Art trotz Überschreitens der Einkommensgrenze von zweitausendfünfhundert Mark von ihrer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse weiter wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt worden oder Versicherungsberechtigte trotz Überschreitens eines regelmäßigen jährlichen Gesamteinkommens von viertausend Mark Mitglieder ihrer Kasse geblieben, so kann diese Mitgliedschaft nachträglich nicht mehr angefochten werden. Dies gilt auch für Fälle, in denen beim Inkrafttreten dieser Vorschriften ein Streitverfahren schwebt.

§ 5. — Die Frist zur Meldung der nach § 1 Versicherungspflichtigen (§ 317 der RVO.) läuft frühestens mit dem achten Tage nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften ab. Die Meldung kann wirksam schon vor dem Inkrafttreten dieser Vorschriften geschehen.

§ 6. — Diese Vorschriften haben Gesetzeskraft und treten am 2. Dezember 1918 in Kraft.

Anmerkung: Eine Erläuterung dieser wichtigen Vorschriften vom Geheimen Justizrat Hahn werden wir im nächsten Heft veröffentlichen.

Voraussetzung für den Anspruch der Landesversicherungsanstalt auf Krankengeld bei Heilverfahren.

Urteil des **Oberversicherungsamts zu Oppeln** vom 11. September 1918.

In der Streitsache einer Landesversicherungsanstalt gegen eine Allgemeine Ortskrankenkasse hat das Versicherungsamt die Beklagte verurteilt, an die Klägerin für das Büfettfräulein Klara Schw. zustehende Krankengeld zu zahlen. Auf Berufung der Kasse hat das Oberversicherungsamt das Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Landesversicherungsanstalt Schlesien hat für das Büfettfräulein Klara Sch. aus Kattowitz, jetzt in Schmiedeberg, wegen Lungenspitzenkatarrhs das Heilverfahren durchgeführt. Die Ortskrankenkasse weigert sich, das der Sch. für diese Zeit zustehende Krankengeld mit 70,83 *M* zu zahlen. Sie begründet ihren ablehnenden Standpunkt damit, daß die Erkrankung bzw. Einleitung des Heilverfahrens nicht als eine im Sinne der RVO. mit Erwerbsunfähigkeit verbundene Krankheit anzusehen sei.

Nach dem ärztlichen Gutachten des Dr. St. vom 16. September 1917 ist nach Beobachtung der Sch. ein rechtsseitiger Lungenspitzenkatarrh festgestellt worden. Weiter ist dort gesagt, daß sie zu ihren Berufsarbeiten noch tauglich sei, andererseits aber auch, daß ohne Übernahme des Heilverfahrens der Eintritt von Invalidität im Sinne des § 1255 Abs. 2 RVO. zu besorgen, eine Besserung des Leidens aber nur durch ein Heilverfahren zu erwarten sei.

Aus diesem Gutachten hat das Oberversicherungsamt die Überzeugung gewonnen, daß die Sch. beim Aufsuchen der Heilstätte der Klägerin im Sinne des 2. Buchs der Reichsversicherungsordnung nicht krank gewesen ist. Das Heilverfahren geschah vielmehr lediglich, um einer sonst drohenden schweren Erkrankung und Invalidität vorzubeugen.

Das angefochtene Urteil war daher aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Hausgeld ist nur zu zahlen, wenn die Kasse selbst dem Versicherten Krankenhauspflege gewährt.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 1. Juli 1918 (2489 Amtl. Nachr. 1918 S. 471).

Ein Anspruch auf das halbe Krankengeld steht nach § 24 der Satzung der Beklagten den Versicherten, die freiwillig Mitglieder der Kasse bleiben, statt der Krankenpflege zu, wenn sie sich außerhalb des Kassenbezirks aufhalten. Daß diese Bestimmung nicht dahin ausgelegt werden kann, daß die Kasse in allen Fällen der Erkrankung eines freiwillig Weiterversicherten außerhalb des Kassenbezirks das halbe Krankengeld zu zahlen habe, sondern nur dahin, daß das halbe Krankengeld zu gewähren ist „statt der Krankenpflege“, also nur dann, wenn die Kasse an sich zur Gewährung der Krankenpflege in Natur sowohl nach allgemeiner gesetzlicher Vorschrift verpflichtet, wie auch tatsächlich imstande wäre, ist bereits in der Revisionsentsch. 2466 (Großer Senat), Amtl. Nachr. 1918 S. 417, ausgesprochen. In den Gründen dieser Entscheidung ist weiter dargelegt, daß der statt des Anspruchs auf Krankenpflege hilfsweise eingeräumte Anspruch auf das halbe Krankengeld entfällt, wenn, wie hier, die Militärbehörde kraft gesetzlicher Verpflichtung die ärztliche Behandlung und Verpflegung des Versicherten übernommen hat.

Aber auch der Anspruch auf Gewährung von Hausgeld ist mit Recht zurückgewiesen. Nach § 186 RVO. ist neben der Gewährung der Krankenhauspflege an den Versicherten ein Hausgeld für die Angehörigen zu zahlen. Der Anspruch darauf hat aber, wie in den Entscheidungen der Vorinstanzen zutreffend ausgeführt ist, zur Voraussetzung, daß die Kasse selbst die Krankenhauspflege verfügt oder wenigstens die Unterbringung für ihre Rechnung genehmigt hat. Das ergibt sich schon daraus, daß ein Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege nicht besteht, sondern die Kasse an Stelle der Leistungen aus § 182 a. a. O. aus freier Entschließung Krankenhauspflege gewähren kann. Nur wenn die Kasse zur Gewährung der Krankenhauspflege sich entschlossen hat und die übrigen Voraussetzungen des § 186 gegeben sind, ist sie auch

zur Zahlung des Hausgeldes verpflichtet. Hier aber erhält der Versicherte von der Kasse Krankengeld und nicht Krankenhauspflege, die vielmehr von anderer Seite gewährt wird. Daß in solchen Fällen ein Anspruch auf Hausgeld gegen die Kasse nicht besteht, ist auch bisher schon in der Rechtsprechung und den Kommentaren angenommen (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 2 zu § 186; Hoffmann, Krankenversicherung, Anm. 2 zu § 186). So ist in den Entscheidungen des Kgl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 28. Januar 1895 (Band XXVII S. 362) und 7. Juli 1904 (ArbVers. 1904 S. 598) als Voraussetzung für die Gewährung des Hausgeldes bezeichnet, daß die Krankenhauspflege auf Entschließung der Krankenkasse gewährt wird. Auf dem gleichen Standpunkt stehen der Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshof (ArbVers. 1903 S. 111) und der Kgl. Württemb. Verwaltungsgerichtshof (daselbst 1910 S. 845). Der abweichenden Meinung des Kgl. Bayer. Verwaltungsgerichtshofs (ArbVers. 1905 S. 84) kann nicht beigetreten werden, da dieses Gericht entgegen dem Reichsversicherungsamte von der Annahme ausgegangen ist, daß der Versicherte einen Anspruch auf Krankenhauspflege hat.

B. Zur Unfallversicherung.

„Freiwilliger" Aufenthalt im Auslande (§ 615 Abs. 1 Ziff. 3 RVO.)?

Rek.-Entsch. vom 12. April 1918 (2995, Amtl. Nachr. 1918 S. 403).

Nach dem Ergebnis der Ermittlungen hat der Kläger seine Absicht, seinen bisherigen Aufenthalt im Ausland aufzugeben, zum ersten Male durch das Gesuch um Genehmigung seiner Reise nach Berlin zu erkennen gegeben, nachdem er durch den Schriftwechsel mit der Berufsgenossenschaft Kenntnis davon erhalten hatte, daß eine Zahlung der Rente ins Ausland nicht stattfinden würde. Augenscheinlich hatte er nach dem Inhalt seiner Eingabe an das Generalgouvernement Warschau die Absicht, nicht zu einem vorübergehenden Zweck nach Berlin zu reisen, sondern sich in den fortgesetzten Besitz der zu seinem Lebensunterhalt benötigten Rente zu setzen, also für die Dauer nach Deutschland überzusiedeln. Diese Absicht konnte er nicht ausführen ohne die Genehmigung des deutschen Generalgouvernements. Da er diese Genehmigung nicht hatte und sie ihm später ausdrücklich verweigert worden ist, so muß von dem Zeitpunkt an, in dem der Kläger sein Vorhaben, nach Deutschland überzusiedeln, zu erkennen gab, sein fernerer Aufenthalt im Ausland als seinem Willen widersprechend, als unfreiwillig angesehen werden. Daher ist von dem Eingang des Antrags auf Reisegenehmigung beim Generalgouvernement Warschau ab die Voraussetzung, unter der die Rente nach § 615 Abs. 1 Nr. 3 RVO. ruht, nicht mehr gegeben. Bis zu diesem Zeitpunkt dagegen kann der Aufenthalt des Klägers im Ausland nicht als unfreiwillig gelten. Zwar mag der Kläger, wie nach dem Gutachten des Sanitätsrats Dr. S. vom 31. Dezember 1916 anzunehmen ist, infolge der durch den Unfall vom 9. Februar 1916 erlittenen Verletzung nicht imstande gewesen sein, seinen Aufenthalt von Warschau nach Deutschland zu verlegen. Dieser Umstand allein genügt aber nicht, um den Aufenthalt im Ausland als unfreiwilligen zu kennzeichnen. Allerdings hat das Reichsversicherungsamt in der Revisionsentsch. vom 11. Oktober 1913 (Amtl. Nachr. 1913 S. 735 Ziff. 1762) ausgesprochen, daß der Aufenthalt eines Rentenberechtigten im Ausland nicht als freiwillig im Sinne des § 1313 Nr. 1 gelte, wenn ihm der Gesundheitszustand des Berechtigten zwingend erfordere. Dort handele es sich aber um einen Inländer, von dem nach Lage der Sache anzunehmen war, daß er lediglich durch seinen Gesundheitszustand gezwungen war, den gewöhnlichen Aufenthalt in einem ausländischen Kurort zu nehmen. Anders ist die Sachlage bei einem Ausländer, der bereits vor dem Unfall seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland gehabt hat. Bei ihm kann nicht ohne weiteres angenommen werden, daß die Fortsetzung dieses Aufenthalts ihn zu einem unfreiwilligen macht, weil er tatsächlich nicht in der Lage ist, seinen Aufenthalt ins Inland zu verlegen. Vielmehr bedarf es in solchen Fällen besonderer Anhaltspunkte, die zu dem Schlusse berechtigen, daß die Fortsetzung des Auslandsaufenthalts mit dem Willen des Berechtigten nicht mehr übereinstimmt. Diese Voraussetzung ist vorliegend erst erfüllt mit dem Zeitpunkt, in dem der Kläger seine Absicht, nach Deutschland überzusiedeln, in glaubhafter Weise äußerlich zu erkennen gegeben hat. Aus diesen Gründen war die Beklagte erst von dem Eingang des Antrags auf Reisegenehmigung beim Generalgouvernement Warschau ab zur Auszahlung der Rente zu verurteilen.

Rentenzulage beim Bezuge mehrerer Unfallrenten.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Liegnitz vom 3. Oktober 1918.

L., der für eine im Jahre 1892 erlittene Verletzung des rechten Zeigefingers von der . . . Berufsgenossenschaft eine Unfallrente von 15 v. H. bezieht, hat durch einen am 11. Juni 1916 erlittenen Unfall den linken Unterarm verloren, wofür er von einer anderen Berufsgenossenschaft . . . mit einer Unfallrente von 60 v. H. entschädigt wird. Mit seinem Antrage auf Gewährung der Unfallrentenzulage ist L. durch Bescheid dieser anderen Berufsgenossenschaft abgewiesen worden, weil er von ihr nur eine Unfallrente von 60 v. H. beziehe.

Das Oberversicherungsamt hat die Berufsgenossenschaft zur Zahlung einer Zulage von monatlich 8 ℳ verurteilt. — Gründe:

Zunächst kann der Ansicht der Berufsgenossenschaft, daß die von ihr gewährte Rente nach dem Erwerbsrest berechnet werden müsse und L. somit insgesamt nur 66 v. H. Rente bezieht, nicht beigetreten werden. Nach dem Rundcrlaß des Reichsversicherungsamts vom 26. Mai 1918 — I. 3353 — sind nur die Hundertsätze der Rente maßgebend, wobei eine vor dem Unfall bestandene Erwerbsbeschränkung außer Ansatz zu bleiben hat. Somit bezieht L. 15 + 60 v. H., also zusammen 75 v. H. Unfallrente. Ihm steht somit gemäß § 1 der Bundesratsverordnung vom 17. Januar 1918 die Zulage zur Unfallrente zu. Daß er von einer Berufsgenossenschaft eine Rente von über 66⅔ v. H. beziehen muß, dafür findet sich in der Bundesratsverordnung kein Anhalt. Es ist auch nicht anzunehmen, daß dies beabsichtigt ist und diejenigen Verletzten, die Rente von verschiedenen Berufsgenossenschaften beziehen, schlechter gestellt werden sollen, als diejenigen, die die Rente von nur einer Berufsgenossenschaft erhalten.

Auch für die Gewährung der Zulage muß die in Anspruch genommene Berufsgenossenschaft für zuständig erachtet werden, weil L. bei dieser Berufsgenossenschaft den Antrag gestellt hat, von dieser Berufsgenossenschaft die höhere Rente bezieht und auch erst durch den am 11. Juni 1906 erlittenen Unfall über 66⅔ v. H. erwerbsbeschränkt geworden ist.

Wegen etwaiger anteilsweiser Erstattung der Zulage durch die . . . Berufsgenossenschaft steht es der verurteilten Berufsgenossenschaft frei, sich mit jener in sinngemäßer Anwendung der §§ 1735 ff. auseinander zu setzen.

Anmerkung: Zu vgl. ArbVers. 1918 Heft 29 S. 574 und die dort angeführten Stellen.

Sprechsaal.

Vereinbarungen über Meldungen nach § 317 Abs. 3 RVO.

Nach § 317 Abs. 3 der RVO. kann die Kasse mit Verwaltungen von Reichs- und Staatsbetrieben bezüglich der Meldungen Vereinbarungen treffen. Dies trifft insbesondere zu auf ausgedehnte Forstwirtschaftsbetriebe, weil für diese aus den regelmäßigen Meldevorschriften Belästigungen entstehen können. Die Vorschriften beziehen sich nicht bloß auf die Meldefrist, sondern auch auf Form und Inhalt der Meldungen. Hieraus ergibt sich, daß auf die Erstattung der Meldungen eigentlich nicht verzichtet werden könnte, daß vielmehr nur über die Art und Weise derselben Vereinbarungen zulässig sind. Gleichwohl aber werden manche Kassen auf Betreiben von Staatsbetrieben, insbesonders von Forstämtern, auf Erstattung der Meldungen überhaupt verzichtet haben und der Beitragsberechnung die Lohnliste zugrunde legen. Hierdurch entgehen den Kassen nicht unbedeutende Beiträge. Denn nach den Lohnlisten berechnet werden trotz Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses bei einer vorübergehenden Unterbrechung der tatsächlichen Arbeitsleistung Beiträge nicht entrichtet. Voraussetzung für die Vereinbarung wäre sonach, neben Führung eines Arbeitgeberkontos (Heberegisters) als Mitgliederverzeichnis, daß die Beiträge für die ganze jeweilige Dauer des Beschäftigungsverhältnisses und auch während einer allenfallsigen vorübergehenden Unterbrechung der tatsächlichen Arbeitsleistung entrichtet werden. Um die von den einzelnen Reichs- oder Staatsbetrieben am Monatsschlusse beschäftigten Arbeiter in der Mitgliedernachweisung berücksichtigen zu können, wird die Vereinbarung auch hierüber Bestimmungen treffen müssen. wonach die Verwaltungen der Reichs- und Staatsbetriebe am Letzten jeden Monats der Krankenkasse die erforderlichen Unterlagen übersenden und das Arbeitgeberkonto (Heberegister) zur Nachprüfung der Beitragsberechnung vorlegen.

Trotz aller möglichen Vorkehrungen werden aber diese Vereinbarungen die Kassen nicht vollauf befriedigen können. Denn die Kassen werden mangels der erforderlichen Meldungen zur Führung eines genauen Mitgliederverzeichnisses nicht in der Lage sein; infolgedessen kann weder die Versicherungspflicht nachgeprüft, noch die Mitgliedschaft eines erkrankten Arbeiters ohne weiteres festgestellt werden. Am allerwenigsten ist dies der Fall bei Kassen, welche bei Gewährung von Krankenhilfe die Vorlage einer Anweisung der Kasse statt einer Bestätigung des Arbeitgebers über das Bestehen eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses verlangen. Auch Zeit und Dauer der Mitgliedschaft kann — wenn nicht auf Grund des Arbeitgeberkontos (Heberegister) Mitgliederkarten angelegt werden — erst nach zeitraubenden Erhebungen festgestellt werden.

Nach alledem wird man zu dem Schlusse kommen müssen, daß es für die Kassen zwar zweckmäßig ist, mit den fraglichen Stellen bezüglich der Meldefrist Vereinbarungen zu treffen, aber die Erstattung von Meldungen nicht erlassen werden soll. Hierbei könnte noch in Erwägung gezogen werden, ob Einzelmeldungen gefordert oder Beginn und Ende der Beschäftigung für mehrere Personen auf einem Formblatt gemeldet werden sollen. Letzteren Falles aber müßten für männliche und weibliche Mitglieder gesonderte Meldungen erstattet oder dies auf dem Formblatt besonders hervorgehoben werden behufs Erleichterung der Bearbeitung der Meldungen. Endlich wären der Kasse auch noch die Namen der nach § 534 RVO. mit Erstattung der Meldungen Beauftragten bekanntzugeben.

Kassenverwalter Eibl in Passau.

Anmerkung der Schriftleitung: Dieser Aufsatz war bereits gesetzt, als wir ihn in der Nr. 21 der „Krankenversicherung“ abgedruckt fanden. Der Herr Verfasser hatte, gegen die Üblichkeit, uns nicht mitgeteilt, daß er den Aufsatz zugleich einer anderen Zeitschrift zur Verfügung gestellt habe. Wir würden ihn sonst abgelehnt haben.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Vereinbarung der Arbeitgeberverbände mit den Gewerkschaften.

Die großen Arbeitgeberverbände haben mit den Gewerkschaften unterm 15. 10. 18 folgendes Abkommen getroffen:

1. Die Gewerkschaften werden als berufene Vertretung der Arbeiterschaft anerkannt.

2. Eine Beschränkung der Koalitionsfreiheit der Arbeiter und Arbeiterinnen ist unzulässig.

3. Die Arbeitgeber und Arbeitgeberverbände werden die Werkvereine (die sogenannten wirtschaftsfriedlichen Vereine) fortab vollkommen sich selbst überlassen und sie weder mittelbar noch unmittelbar unterstützen.

4. Sämtliche aus dem Heeresdienst zurückkehrenden Arbeitnehmer haben Anspruch darauf, in die Arbeitsstelle sofort nach Meldung wieder einzutreten, die sie vor dem Kriege inne hatten. Die beteiligten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände werden dahin wirken, daß durch Beschaffung von Rohstoffen und Arbeitsaufträgen diese Verpflichtung in vollem Umfang durchgeführt werden kann.

5. Gemeinsame Regelung und paritätische Verwaltung des Arbeitsnachweises.

6. Die Arbeitsbedingungen für alle Arbeiter und Arbeiterinnen sind entsprechend den Verhältnissen des betreffenden Gewerbes durch Kollektivvereinbarungen mit den Berufsvereinigungen der Arbeitnehmer festzusetzen. Die Verhandlungen hierüber sind ohne Verzug aufzunehmen und schleunigst zum Abschluß zu bringen.

7. Für jeden Betrieb mit einer Arbeiterschaft von mindestens 50 Beschäftigten ist ein Arbeiterausschuß einzusetzen, der diese zu vertreten und in Gemeinschaft mit dem Betriebsunternehmer darüber zu wachen hat, daß die Verhältnisse des Betriebes nach Maßgabe der Kollektivvereinbarung geregelt werden.

8. In den Kollektivvereinbarungen sind Schlichtungsausschüsse resp. Einigungsämter vorzusehen, bestehend aus der gleichen Anzahl von Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern.

9. Das Höchstmaß der täglichen regelmäßigen Arbeitszeit wird für alle Betriebe auf 8 Stunden festgesetzt. Verdienstschmälerungen aus Anlaß dieser Verkürzung der Arbeitszeit dürfen nicht stattfinden.

10. Zur Durchführung dieser Vereinbarungen sowie zur Regelung der zur Demobilisierung, zur Aufrechterhaltung des Wirtschaftslebens und zur Sicherung der Existenzmöglichkeit der Arbeitnehmerschaft, insbesondere der schwer Kriegsbeschädigten, zu treffenden weiteren Maßnahmen wird von den beteiligten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen ein Zentralausschuß auf paritätischer Grundlage mit beruflich gegliedertem Unterbau errichtet.

11. Dem Zentralausschuß obliegt ferner die Entscheidung grundsätzlicher Fragen, soweit sich solche namentlich bei der kollektiven Regelung der Lohn- und Arbeitsverhältnisse ergeben, sowie die Schlichtung von Streitigkeiten, die mehrere Berufsgruppen zugleich betreffen. Seine Entscheidungen haben für Arbeitgeber und Arbeitnehmer verbindliche Geltung, wenn sie nicht innerhalb einer Woche von einem der in Frage kommenden beiderseitigen Berufsverbände angefochten werden.

12. Diese Vereinbarungen treten am Tage der Unterzeichnung in Kraft und gelten vorbehaltlich anderweiter gesetzlicher Regelung bis auf weiteres mit einer gegenseitigen dreimonatigen Kündigung.

Diese Vereinbarung soll sinngemäß auch für das Verhältnis zwischen den Arbeitgeberverbänden und den Angestelltenverbänden gelten.

Diesen Vertrag hat der Rat der Volksbeauftragten im Deutschen Reichsanzeiger (Nr. 273 vom 18. November 1918) unterm 15. November 1918 veröffentlicht mit dem Ersuchen an die Leiter der Reichsbetriebe, die Vertragsbestimmungen auch in den von ihnen geleiteten Betrieben zu beachten. Den Leitern der Landes- und kommunalen Betriebe wird das gleiche empfohlen.

Das vorliegende Abkommen erfüllt mit einem Schlage alte, vielumstrittene Forderungen. Wird es mit Ernst durchgeführt, und zwar nach dem ausgesprochenen Willen der Reichsleitung nicht nur in den Privatbetrieben, sondern auch in den Betrieben des Reichs, der Bundesstaaten und der Gemeindeverbände, so ist ein großes soziales Friedenswerk aufgerichtet und der Grundstein für den Aufbau eines neuen, sozialen Arbeitsrechtes gelegt.

Bleibt die Angestelltenversicherung?

Der „Vorwärts" (Nr. 328 v. 29. 11. 18) bemerkt: „Trotz aller Umwälzungen scheint das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte der Meinung zu sein, daß die Angestelltenversicherung als selbständiger Zweig der Sozialversicherung erhalten bleibt, wie daraus hervorgeht, daß ihr Präsident kürzlich in der Sitzung der Wilmersdorfer Stadtverordneten erklärte, daß demnächst als Notstandsarbeit der Bau des auf 10 Millionen veranschlagten Verwaltungsgebäudes in Angriff genommen werden sollte. Dagegen muß entschieden Einspruch eingelegt werden. Ernstlich denkt jetzt wohl kein Mensch daran, die Angestelltenversicherung in der bisherigen Weise aufrechtzuerhalten. Ihre Verschmelzung mit der Invalidenversicherung ist nur noch eine Frage der Zeit, und zwar der allernächsten Zeit. Wozu die erneute Verschwendung solch erheblicher Mittel?"

Schwerbeschädigte Kriegsteilnehmer in der Industrie.

In welcher Zahl und in welcher Art Schwerbeschädigte in der Industrie beschäftigt werden können, ist von hohem Interesse auch für die Versicherungsträger. Über diese Frage entnehmen wir der „Concordia", Zeitschrift der Zentralstelle für Volkswohlfahrt (1918 Nr. 21), folgendes: Auf dem Kongresse der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge, der in Wien am 16. September 1918 abgehalten wurde, gab Oberingenieur Dr. Beckmann, Berlin-Oberschöneweide, zum ersten Male Zahlen über die Gesamtheit der Schwerbeschädigten und der schwerbeschädigten Industriearbeiter, die wir zur Zeit in Deutschland haben. Als Schwerbeschädigte wurden dabei alle die angesehen, die mit Renten von 50 v. H. und darüber zur Entlassung gekommen sind. Nach sorgfältiger Schätzung ergab sich für den 1. Juli 1918,

daß in ganz Deutschland mit etwa 160 000 bereits entlassenen Schwerbeschädigten zu rechnen ist und daß sich unter diesen etwa 45 000 Industriearbeiter befinden. Da nun in Deutschland insgesamt zum mindesten acht Millionen männliche und weibliche Industriearbeiter vorhanden sind, so ergibt sich, daß demnach im Durchschnitt auf 180 gesunde Arbeitskräfte ein schwerbeschädigter Industriearbeiter entfällt. Aus dieser verhältnismäßig niedrigen Zahl ergibt sich, daß wir auch heute noch, trotz der schweren Verluste, die uns dieser Krieg gebracht hat, nicht mit einer Überflutung unserer Industrie durch Schwerbeschädigte zu rechnen brauchen und daß die Wirtschaftlichkeit der Betriebe durch Einstellung dieser Schwerbeschädigten zur Zeit noch nicht gestört wird. Das wird in Zukunft um so weniger der Fall sein, wenn die Betriebsleiter darauf sehen, den Schwerbeschädigten geeignete und für sie passende Arbeit herauszusuchen. Die Erfahrung lehrt, daß es möglich ist, schwerbeschädigte und selbst amputierte Leute noch bei geeigneter Arbeitsauswahl so zu beschäftigen, daß sie bis zu ¾ der Leistung eines Gesunden auszuführen vermögen. Es wäre dann also bei 180 gesunden Arbeitskräften nur mit dem Ausfalle von ¼ einer Arbeitskraft zu rechnen, was sicherlich nicht hinderlich für die Wirtschaftlichkeit eines Betriebes in die Wage fällt, denn auch sonst bestehen die gesunden Arbeiter nicht immer aus nur vollwertigen Kräften. Manche Firmen lehnen allerdings Einstellung Schwerbeschädigter unter Hinweis darauf ab, daß sie Kriegsbeschädigte bereits in beträchtlicher Anzahl beschäftigen. Die Beschäftigung der Leichtbeschädigten ist indessen meist kaum als ein wirtschaftliches Opfer, zumal bei dem heutigen Mangel an Arbeitskräften, anzusehen, und es sollte deshalb die Aufnahme von Leichtbeschädigten einen Betrieb nicht von der Einstellung Schwerbeschädigter entbinden. Gerade aber gegen diese, die so besonders viel für uns taten und litten, haben wir deshalb auch besondere Pflichten der Dankbarkeit zu erfüllen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Einrücken der Ersatzmänner in den Kassenausschuß.

1. **Nach Posen.** Antwort: Das Verfahren, wonach beim Ausscheiden eines Mitglieds des Kassenausschusses „sein" Ersatzmann einberufen wurde, entspricht nicht dem § 18 Ihrer Wahlordnung (§ 19 der Musterwahlordg. f. OKKn.). Danach haben „die auf dem gleichen Wahlvorschlage gültig vorgeschlagenen, noch nicht gewählten Bewerber in der im § 17 bestimmten Reihenfolge" — das heißt: nach der Reihenfolge ihrer Benennung in dem Wahlvorschlage — einzurücken. Es werden also nicht bestimmte Ersatzmänner für bestimmte Vertreter gewählt, sondern der Rest derselben Liste, welcher der Ausscheidende angehört, gilt als Ersatz und im Bedarfsfalle rückt der erste von diesem Rest als Ersatzmann ein, bei weiterem Bedarf der zweite, dritte usw. Da in Ihrem Falle nur e i n e Liste — der Wahlvorschlag des Vorstandes — vorgelegen hat, kommen natürlich nur die in dieser Liste enthaltenen, ungewählt gebliebenen Bewerber in der gegebenen Reihenfolge als Ersatzmänner in Betracht.

Nachforderung von Kassenbeiträgen und Kassenleistungen für nicht gemeldete Versicherungspflichtige. — Verjährung.

2. **Nach Gerolzhofen.** Antwort: Wenn die Versicherungspflicht der seit dem 1. 10. 14 beschäftigten „Stütze" erst neuerdings festgestellt worden ist, so muß der Arbeitgeber nunmehr die seit dem 1. 10. 14 rückständigen Beiträge zur Krankenversicherung nachzahlen. Verjährung des Anspruchs der Kasse auf diese Rückstände ist im Hinblick auf die Bek. v. 2. 12. 16 (ArbVers. S. 852) nicht eingetreten. Der Arbeitgeber kann dagegen nicht die Ausgaben aufrechnen, die ihm in den vier Jahren durch Bezahlung von Arzt- und Apothekerkosten für die Versicherte erwachsen sind. Denn wenn er meint, diese Leistungen ohne rechtlichen Grund geleistet zu haben, so könnte er Erstattung nur allenfalls von der Versicherten, nicht aber von der Kasse beanspruchen (zu vgl. § 812 BGB. und hierzu Entsch. d. Reichsger. 66 S. 80). Die Versicherte freilich könnte die satzungsmäßigen Leistungen von der Kasse für die in den vier Jahren eingetretenen Versicherungsfälle nachfordern; denn auch dieser Anspruch ist im Hinblick auf die Bek. v. 4. 11. 15 nicht verjährt (zu vgl. Arb.-Vers. 1917 S. 796, auch 1918 Heft 33 S. 652). Dabei käme aber in Betracht, daß die Kasse die Bezahlung anderer Ärzte als ihrer Kassenärzte ablehnen kann, soweit nicht ein dringender Fall vorlag (§ 368 RVO.).

Krankengeld während eines Heilverfahrens auf Veranlassung der Versicherungsanstalt für Angestellte.

3. **Nach Hamborn.** Antwort: Der Versicherte, der auf Veranlassung der Versicherungsanstalt für Angestellte (oder einer Landesversicherungsanstalt in einer Heilstätte untergebracht ist, hat während dieser Zeit keineswegs „unter allen Umständen" Anspruch auf das satzungsmäßige Krankengeld der Krankenkasse. Denn die Versicherungsanstalt kann ein Heilverfahren nach § 36 AngestVersGes. schon einleiten, um die infolge einer Erkrankung d r o h e n d e Berufsunfähigkeit (oder nach § 1269 RVO. drohende Invalidität) abzuwenden, während der Anspruch auf Krankengeld nach § 182 Ziff. 2 RVO. voraussetzt, daß die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht, daß also Arbeitsunfähigkeit bereits besteht. Aber anderseits ist zu beachten, daß Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 182 RVO. schon dann vorliegt,

wenn der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nicht ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Leidens fortsetzen kann. Sie kann also auch vorliegen und den Anspruch auf Krankengeld rechtfertigen, wenn der Kranke bis zu seinem Eintritt in die Heilstätte tatsächlich weitergearbeitet hat, aber mit Gefahr der Verschlimmerung seines Leidens. Und ebenso ist der Anspruch auf Krankengeld begründet, wenn die Art des Leidens die Behandlung in der Heilstätte nicht nur zur Abwendung drohender Berufsunfähigkeit (oder Invalidität), sondern auch zur Heilung erfordert. In dem einen wie im anderen Falle macht nicht erst die Aufnahme in die Heilstätte, sondern die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig. Unter diesen Gesichtspunkten ist jeder einzelne Fall besonders zu prüfen, von den Ärzten zu begutachten und von den Versicherungsträgern zu beurteilen.

Erstattung von Auslagen für Rechtshilfe (§ 117 RVO.).

4. Nach Guben. Frage: In der Streitsache eines Armenverbandes gegen unsere Kasse wegen Kostenerstattung für gewährte Fürsorge hat das zur Entscheidung zuständige Versicherungsamt auf Antrag des klagenden Verbandes das hiesige Versicherungsamt um Zeugenvernehmung ersucht. Durch die Vernehmung sind 6,60 ℳ Kosten entstanden, die das Versicherungsamt, obwohl Kläger mit seiner Klage abgewiesen wurde, gemäß §§ 59 Abs. 2 und 117 RVO. von der beklagten Kasse erstattet verlangt. Die Kasse erkennt eine Verpflichtung nicht an, weil es sich nicht um eine Rechtshilfe im Sinne § 115 RVO., sondern um eigene Pflicht des Versicherungsamts, das zur Entscheidung erforderliche Material zu beschaffen, handelt. Die Rechtshilfe im Sinne des § 115 setzt ein Ersuchen des Versicherungsträgers zur Gewährung der Rechtshilfe voraus, während im vorliegenden Falle die Kasse kein Interesse an der zeugeneidlichen Vernehmung hatte, der in Frage kommende Zeuge vielmehr vorher schon selbst von der Kasse vernommen, und seine Erklärung dem Versicherungsamt bekanntgegeben wurde. Ist die Annahme der Kasse zutreffend, oder wie ist die Rechtslage sonst?

Antwort: Die Ausführungen der Kasse sind zwar nicht durchweg stichhaltig, aber in der Sache selbst hat die Kasse recht. Es handelte sich um ein Rechtshilfeersuchen eines Versicherungsamts an das andere. Die Pflicht der Versicherungsträger, gemäß § 117 RVO. die Auslagen für Rechtshilfe zu erstatten, bezieht sich aber nur auf Rechtshilfe, um die ein Versicherungsträger ersucht hat (zu vgl. Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts v. 22. 12. 17, Breithaupt 7 S. 129). Deshalb ist die Inanspruchnahme der Kasse wegen der Kosten im vorliegenden Falle nicht gerechtfertigt.

Krankenversicherungspflicht von Stadtkindern, die zur Erholung auf dem Lande beschäftigt werden.

5. Nach Ranis. Frage: In unserem Kreise waren monatelang Großstadtkinder untergebracht, angeblich zu Erholungszwecken. Sie wurden von ihren Pflegeeltern zu allerhand landwirtschaftlichen usw. Arbeiten herangezogen. Gewährt wird den Kindern Kost und Wohnung, wofür die Pflegeeltern täglich 50 Pf. erhalten sollen, wenn nicht unentgeltliche Aufnahme erfolgt. Von dem eingetr. Verein „Landaufenthalt für Stadtkinder“ sind Unfall- und Haftpflichtversicherungen abgeschlossen für Entschädigung von Schäden, welche den Kindern zustoßen oder von ihnen verursacht werden; hingegen werden nach den Bedingungen des Vereins bei Erkrankung die Kosten vom Kommunalverband des Aufenthaltsorts bezahlt, welcher von den Eltern oder der dazu verpflichteten Krankenkasse Erstattung verlangt. — Da hier eine gegen Lohn (Kost und Wohnung) geübte Tätigkeit vorliegt, und die Kinder den Willen haben zu arbeiten, andererseits aber auch Unfall- und Haftpflichtversicherung abgeschlossen sind, so nehmen wir an, daß die Kinder unter § 165 RVO. fallen, gleichviel ob Erholung und bessere Ernährung der Zweck sein sollen. Wir bitten um Äußerung.

Antwort: Wir sind anderer Meinung. Die Kinder empfangen Kost und Wohnung nicht als Entgelt für ihre Dienste, sondern sie zahlen für jene Leistungen täglich 50 Pf. Das ist freilich ein sehr geringer Ausgleich für Kost und Wohnung, und es muß daher wohl angenommen werden, daß die landwirtschaftlichen Besitzer in den Diensten der Kinder einen weiteren Ausgleich sehen. Gleichwohl würde man der Natur des Verhältnisses nicht gerecht werden, wenn man annehmen wollte, daß die Kinder in einem dem § 165 Abs. 1 RVO. entsprechenden Beschäftigungsverhältnisse stehen. Ihr Aufenthalt auf dem Lande und auch ihre zweckentsprechende Beschäftigung soll ihrer Erholung dienen. Sie nehmen aber vermöge dieser Beschäftigung nicht die Stellung einer der im § 165 bezeichneten Personengruppen im Betriebe ein, sind insbesondere weder als Arbeiter Gehilfen, Lehrlinge oder Dienstboten anzusehen, sondern stehen zu den Unternehmern im Verhältnisse von Pflegebefohlenen und leisten ihre Dienste auf Grund dieses familienähnlichen Verhältnisses, nicht aber „gegen Entgelt“. Daher sind sie nicht krankenversicherungspflichtig. — Anders lag der in ArbVers. 1918 Heft 25 S. 499 Ziff. 4 behandelte Fall. Dort hatten die Kinder für den Unterhalt nichts zu zahlen, sondern sie erhielten ihn völlig frei und außerdem noch eine kleine Barzahlung. Sie empfingen also für ihre Dienste richtigen Entgelt und waren wie Arbeiter in den Betrieb eingestellt.

Kassenzugehörigkeit der Beschäftigten einer Molkereigenossenschaft.

6. Nach Laurensberg. Antwort: Im Sinne der Krankenversicherung gilt nach § 417 RVO. als in der Landwirtschaft beschäftigt auch, wer in landwirtschaftlichen Nebenbetrieben (§§ 918 bis 921) beschäftigt wird. Dazu gehören nach § 918 auch Unternehmen, die ein landwirtschaftlicher Unternehmer neben seiner Landwirtschaft, aber in wirtschaftlicher Abhängigkeit von ihr betreibt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben bei einer Molkereigenossenschaft, die eine eigene Landwirtschaft nicht betreibt, sondern als besondere Rechtspersönlichkeit auf eigener Betriebsstätte mit besonderem Personal die landwirtschaftlichen Erzeugnisse ihrer Mitglieder in den Verkehr bringt (zu vgl. Handb. der UnfVers. 3. Aufl. Bd. 2 S. 49). Das in einem solchen gewerblichen Betriebe beschäftigte Personal ist daher bei der zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse, nicht bei der Landkrankenkasse versichert.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S 14.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1230 der ganzen Folge.

35. Jahrgang. 21. Dezember 1918. Heft 36

Zur Verordnung vom 22. November 1918 über Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht und -berechtigung.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Die revolutionäre Reichsleitung, der Rat der Volksbeauftragten, hat sich mit der „Verordnung über Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der Krankenversicherung" (v. 22. 11. 1918, RGBl. S. 1321, ArbVers. S. 694) auf dem Gebiete des sozialen Versicherungsrechts nicht übel eingeführt, mindestens sachlich, wenn auch gesetzestechnisch manches zu bemängeln ist. Es handelt sich nicht nur um eine Kriegsverordnung, sondern um eine für die Dauer bestimmte Novelle zur Reichsversicherungsordnung, die aus der großen Masse von Vorschriften des zweiten Buches, die sich in der kurzen Zeit ihrer Geltung seit dem 1. Januar 1914 bereits als mangelhaft erwiesen haben, nur einige besonders dringend änderungsbedürftige herausgreift und den Anforderungen der Zeit anpaßt. Den Kern bildet die Heraufrückung der Verdienstgrenze für die Versicherungspflicht von 2500 ℳ auf 5000 ℳ (§ 165 Abs. 2 RVO.; § 1 der Vrdg.) und die Beseitigung der Einkommensgrenze von 4000 ℳ bei der Versicherungsberechtigung (§§ 178, 314 Abs. 2 RVO.; § 2 der Vrdg.). Schon bei den Beratungen über die RVO., deren Entwurf (§ 177) die damals geltende Grenze von 2000 ℳ beibehalten wollte, wurde auf den gesunkenen Geldwert und die gestiegenen Löhne hingewiesen, die zu einer Erhöhung drängten; schon damals lagen Anträge auf Erhöhung der Grenze bis zu 5000 ℳ vor, man begnügte sich aber mit einer Erhöhung auf 2500 ℳ, vornehmlich im Hinblick auf das lebhaft geltend gemachte widerstreitende Interesse der Ärzteschaft. Der Widerspruch der Ärzte hat sich auch gegenüber dem in der Kriegszeit immer dringlicher gewordenen Bedürfnisse einer ausgiebigen Erhöhung der Versicherungsgrenze lebhaft geregt. Ein außerordentlicher Ärztetag hat sich in Eisenach am 23. 6. 18 gegenüber den im Reichstage gestellten Anträgen auf zeitgemäße Änderung der §§ 165 Abs. 2, 314 Abs. 2 RVO. dahin ausgesprochen, daß weder irgendeine Erhöhung der Grenzen für die Versicherungspflicht und für die Versicherungsberechtigung, noch gar eine völlig unbegrenzte Versicherungsberechtigung als notwendig anerkannt werde und daß die geplante Rechtsänderung mit den ideellen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen des ärztlichen Standes unvereinbar sei; werde dennoch durch Erweiterung des Kreises der Versicherten die freie ärztliche Berufstätigkeit weiter eingeschnürt, dann müsse die freie Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit für alle dazu bereiten deutschen Ärzte gesetzlich festgelegt und die Vergütung der kassenärztlichen Tätigkeit auf eine völlig neue Grundlage gestellt werden. Die neue Reichsleitung hat sich, nachdem die im Reichstage gestellten Anträge nicht zu gesetzlicher Verabschiedung geführt haben, durch

die vorliegende Verordnung über den Widerspruch der Ärzte hinweggesetzt. — Zur Erläuterung der einzelnen Vorschriften sei folgendes bemerkt:

I. **Versicherungspflicht** (§ 1). — Nach § 165 Abs. 2 RVO. waren die im Abs. 2 unter Ziff. 2 bis 5 Bezeichneten und von der Personengruppe unter 7 die Schiffer nur unter der Voraussetzung versicherungspflichtig, daß nicht ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 *M* übersteigt. Der § 1 der Vrdg. enthält lediglich eine Erhöhung dieser Grenze der Versicherungspflicht auf 5000 *M*. Das bedeutet einmal: daß Personen, die vom Tage der Gesetzeskraft, also vom 2. 12. 18 ab (§ 6), mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2500 *M*, aber nicht mehr als 5000 *M* in eines der im § 1 bezeichneten Beschäftigungsverhältnisse eintreten, versicherungspflichtig sind; ferner aber auch, daß Personen, die bereits vorher in einem solchen Beschäftigungsverhältnisse standen, aber wegen ihres Jahresarbeitsverdienstes von mehr als 2500 *M* nicht versicherungspflichtig waren, vom 2. 12. 18 ab der Versicherungspflicht unterliegen. Hatte eine solche Person, z. B ein Betriebsbeamter, sich beim Überschreiten der Verdienstgrenze nach bisherigem Rechte weiterversichert (§ 313 RVO.) und war er am 2. 12. 18 in gleicher Eigenschaft mit mehr als 2500 *M* und nicht mehr als 5000 *M* Verdienst im Bezirk einer anderen Kasse beschäftigt, so wurde er im bezeichneten Zeitpunkte kraft Gesetzes Pflichtmitglied dieser anderen Kasse und schied aus der früheren aus (§§ 306, 312 RVO.); war er dagegen weiter im Bezirke derselben Kasse beschäftigt, so verwandelte sich mit dem 2. 12. 18 seine freiwillige Mitgliedschaft in Pflichtmitgliedschaft bei dieser selben Kasse. Das bewirkt selbstverständlich wesentliche Änderungen des bisherigen Versicherungsverhältnisses. Es sei nur hervorgehoben, daß nunmehr der Arbeitgeber die Beiträge für ihn einzuzahlen hat (§§ 393 ff. RVO.), daß er also auch nicht mehr durch Zahlungsverzug nach § 314 Abs. 1 RVO. die Mitgliedschaft verlieren kann, daß ein im Anschluß an die freiwillige Weiterversicherung erklärter Übertritt in eine niedere Klasse oder Lohnstufe (§ 313 Abs. 1 Satz 2) hinfällig wird und die Leistungen wie die Beiträge sich nach dem gegenwärtigen Grundlohn bestimmen (§§ 180, 385 RVO.; Bek. v. 22. 11. 17, ArbVers. S. 817 und vom 17. 3. 18, ArbVers. S. 209), daß er nicht mehr, wenn er sich außerhalb des Bezirks der Kasse oder des Versicherungsamts aufhält, für die Krankenpflege durch einen Geldbetrag abgefunden werden kann (§ 193 Abs. 3 RVO.).

II. **Versicherungsberechtigung (§ 2 Abs. 1).** — Nach § 178 RVO. erlischt die Versicherungsberechtigung in allen Fällen, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 *M* übersteigt; und die auf der Versicherungsberechtigung beruhende Mitgliedschaft erlischt in solchen Fällen mit der im § 314 Abs. 2 RVO. vorgeschriebenen Mitteilung. Diese beiden Vorschriften sind durch § 2 Abs. 1 der Vrdg. aufgehoben. Das heißt: die Versicherungsberechtigung erlischt vom 2. 12. 18 ab nicht mehr dadurch, daß das Jahreseinkommen auf mehr als 4000 *M* steigt, und auch wenn das Einkommen schon vor dem 2. 12. 18 diesen Betrag überstiegen hatte, kann die einmal begründete freiwillige Mitgliedschaft, mag sie auf Beitritt oder Weiterversicherung beruhen (§§ 176, 313 RVO.), nicht mehr dadurch hinfällig werden, daß der Kassenvorstand dem Versicherten eine dem § 314 Abs. 2 RVO. entsprechende Mitteilung zustellt. Die Fortdauer der freiwilligen Mitgliedschaft ist also jetzt ganz unabhängig von der Höhe des Einkommens — aber eben nur die Fortdauer, nicht die Begründung der freiwilligen Mitgliedschaft. Begründet wird die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter nach § 310 Abs. 1 RVO. durch den Beitritt zur Kasse, und das Recht zum freiwilligen Beitrit steht nach § 176 den dort Bezeichneten ausdrücklich nur dann zu, „wenn nicht ihr jährliches Gesamteinkommen 2500 *M* übersteigt“. Diese Vorschrift aber ist durch die Verordnung nicht aufgehoben. Daß hier-

nach z. B. ein Kleinmeister (§ 176 Ziff. 3) mit einem Jahreseinkommen von wenig über 2500 M vom Beitritt zur Kasse ausgeschlossen sein soll, während ein anderer, der bei einem Einkommen von 2500 M beigetreten war, dauernd Mitglied bleiben darf, auch wenn sein Einkommen sich später verfünffacht — dies ist so auffallend und so unbillig, daß man an ein Versehen des doch offensichtlich von Erwägungen sozialer Gerechtigkeit geleiteten Gesetzgebers glauben möchte. Ob eine solche Annahme ausreicht, den § 2 Abs. 1 der Vrdg. ausdehnend dahin auszulegen, daß die Aufhebung der §§ 178, 314 Abs. 2 RVO. nach dem Willen des Gesetzgebers die Beseitigung jeder Versicherungsgrenze für Versicherungsberechtigte einschließe, ist eine mehr als zweifelhafte Frage; ich würde sie verneinen.

III. **Übertritt in eine niedere Klasse oder Lohnstufe (§ 2 Abs. 2).** — Wer sich freiwillig weiterversichert, kann nach § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten. Diese Vorschrift hat sich, abgesehen von mancherlei Zweifeln, zu denen sie Anlaß gibt, als recht bedenklich für die Geschäftsgebarung der Krankenkassen erwiesen (zu vgl. z. B. ArbVers. 1915 S. 605, 1917 S. 461, 1918 S. 394, „Ortskrankenkasse" 1955 Sp. 455, Volkst. Zeitschr. 1917 S. 210). Die neue Vrdg. (§ 2 Abs. 2) glaubt den Mißständen abhelfen zu können durch die Bestimmung, daß der Übertritt nur „mit Zustimmung des Kassenvorstandes" erfolgen kann. Es handelt sich dabei nicht um eine beschwerdefähige „Entscheidung" des Vorstandes (§ 1791 RVO.), sondern um eine in sein freies pflichtmäßiges Ermessen gestellte, rechtsgeschäftsähnliche Entschließung, bei der er sich durch eine billige Würdigung der Lage des Versicherten und anderseits der Kassenverhältnisse leiten lassen wird. Die Bedeutung der Neuerung ist hiernach die, daß, während bisher die einseitige Erklärung des Versicherten seinen Übertritt bewirkte, es jetzt der Annahme dieser Erklärung durch die Kasse, also der Einigung beider Teile bedarf. Die Kasse kann den in der Erklärung des Versicherten liegenden Antrag nur annehmen oder ablehnen; stimmt sie dem Antrage nur mit der Maßgabe zu, daß der Übertritt in eine andere als die vom Versicherten gewünschte niedere Klasse erfolgen soll, so gilt der Antrag als abgelehnt, falls nicht der Versicherte sein Einverständnis erklärt (zu vgl. § 150 Abs. 2 BGB.). Der Übertritt wird erst im Zeitpunkt der Zustimmung der Kasse wirksam; doch wird es als statthaft anzusehen sein, daß die Zustimmung mit Rückwirkung auf einen früheren, nur nicht vor dem Übertrittsantrage liegenden Zeitpunkt erklärt wird. Einer bestimmten Form bedarf die Zustimmung nicht. Sie muß aber vom Vorstande selbst ausgehen; dem Geschäftsführer darf die Entschließung nicht übertragen werden.

Streit hinsichtlich des Übertritts ist, weil es sich dabei um das „Versicherungsverhältnis", nämlich um die für die Versicherung wesentliche Grundlage der Bemessung von Leistungen und Beiträgen handelt, nach § 405 Abs. 2 RVO. zu entscheiden. Die Kasse kann in diesem Verfahren freilich nicht zur Erteilung der Zustimmung angehalten werden, da diese ganz in ihr pflichtmäßiges Ermessen gestellt ist; wohl aber kann z. B. erörtert und festgestellt werden, ob eine gültige Zustimmung und somit ein rechtswirksamer Übertritt vorliegt, für welche Stufe er erklärt und bewilligt, in welchem Zeitpunkt er wirksam geworden ist usw.

IV. **Wiedereintritt Ausgeschiedener in die Kasse (§ 3).** — Die Vorschriften der Verordnung über Ausdehnung der Versicherungspflicht und der Versicherungsberechtigung (§§ 1, 2 Abs. 1; oben I und II) hinken — nicht durch Schuld der gegenwärtig Regierenden — den Ereignissen, nämlich der wirtschaftlichen Entwicklung besonders in der Kriegszeit, erheblich nach. Zahlreiche Personen, die in der Zeit seit Beginn des Krieges, infolge der Steigerung der Löhne, wegen Überschreitens der bisherigen Versicherungsgrenzen aus der Krankenkasse ausgeschieden sind, werden trotz ihres höheren Ein-

kommens, im Hinblick auf den gesunkenen Geldwert und die gesteigerten Kosten selbst der bescheidensten Lebenshaltung, des Versicherungsschutzes durchaus bedürftig geblieben sein. Ihnen kommt § 3 der Vrdg. zu Hilfe. Wer in der Kriegszeit wegen Überschreitens der „Einkommensgrenze" von 2500 *M* aus seiner Kasse ausgeschieden ist, kann bei ihr nach § 3 Abs. 1 binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten „dieser Vorschriften", nämlich der vorliegenden Verordnung, die Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 RVO. beantragen, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war und nicht jetzt nach § 1 versicherungspflichtig ist. Diese Vorschrift (Abs. 1) bezieht sich nur auf Personen, die aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind. Es ist daher fehlerhaft, daß hier von einem Überschreiten der „Einkommensgrenze" statt der „Verdienstgrenze" die Rede ist, da es bei der Versicherungspflicht nicht wie bei der Versicherungsberechtigung auf das Gesamteinkommen, sondern nur auf den Arbeitsverdienst ankommt (§ 165 Abs. 2, verglichen mit §§ 176, 314 Abs. 2 RVO.).

Die eine Voraussetzung des Antrags auf Wiederaufnahme ist, daß der Antragsteller „beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war" und — wie hinzuzudenken ist — von diesem Rechte keinen Gebrauch gemacht hat. Hatte er sich zunächst weiterversichert, dann aber die Mitgliedschaft infolge Zahlungsverzugs nach § 314 Abs. 1 RVO. verloren, so ist er eben erst hiermit aus der Kasse ausgeschieden und war in diesem Zeitpunkte nicht mehr zur Weiterversicherung berechtigt, so daß es an der erwähnten Voraussetzung für die Wiederaufnahme fehlt. Die andere Voraussetzung ist, daß der Antragsteller „nicht jetzt . . . . versicherungspflichtig ist". Der Zusatz „nach § 1" ist überflüssig und sachwidrig. Denn auch wer in der Kriegszeit als Betriebsbeamter usw. wegen Überschreitens der Verdienstgrenze von 2500 *M* aus seiner Kasse ausgeschieden und jetzt zwar nicht nach § 1 der Vrdg., wohl aber z. B. als Arbeiter oder Hausgewerbtreibender nach § 165 RVO. Abs. 1 Ziff. 1 oder 7 versicherungspflichtig ist, kann selbstverständlich nur als Pflichtmitglied der jetzt für ihn zuständigen Kasse angehören und folglich nicht die Wiederaufnahme in seine frühere Kasse beantragen.

Der Ausgeschiedene kann unter den Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Vrdg. „binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten dieser Vorschriften", also von Montag, den 2. Dezember 1918 bis Montag, den 13. Januar 1919 (§ 125 RVO.), „die Wiederaufnahme als Mitglied beantragen". Das ist wieder ein mangelhafter Ausdruck, der die Möglichkeit einer Mißdeutung nicht ausschließt. Gemeint ist wohl, daß dem Ausgeschiedenen nicht nur ein Recht zum Antrag auf Wiederaufnahme, worüber die Kasse nach freiem Ermessen befinden könnte, sondern ein Recht zum Wiedereintritt in die Kasse zusteht, daß ihm also die Aufnahme nicht versagt werden kann, wenn die bezeichneten Voraussetzungen erfüllt sind. Diese Auffassung wird unterstützt durch den Abs. 2 des § 3, wonach die Kasse „den Berechtigten", der sich „zum Beitritt meldet," ärztlich untersuchen lassen kann und wonach eine Erkrankung, die „beim Wiedereintritt" bereits besteht, für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung begründet. Diese Fassung lehnt sich deutlich an die Vorschriften des § 310 RVO. über den freiwilligen Beitritt Versicherungsberechtigter an und rechtfertigt die Annahme, daß die Kasse beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen den Antrag auf Wiederaufnahme in die Kasse schlechthin nicht — nicht einmal bei schon bestehender Krankheit — ablehnen kann, daß vielmehr der Wiedereintritt in die Kasse sich durch die einseitige Erklärung des Berechtigten, durch seine „schriftliche oder mündliche Anmeldung beim Vorstand oder bei der Meldestelle" vollzieht (zu vgl. § 310 Abs. 1 RVO. und hierzu Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 zu § 310).

Weitere Zweifel ergeben sich aus den Worten in § 3 Abs. 1 Vrdg., daß der Aus-

geschiedene die Wiederaufnahme „gemäß § 313 der RVO." beantragen kann. Der ganze § 313 ist keinesfalls auf den Wiedereintretenden anwendbar, so insbesondere nicht die im Abs. 2 a. a. O. bestimmten Fristen, an deren Stelle die oben erwähnte Sechswochenfrist vom 2. 12. 18 tritt. Der Hinweis auf § 313 RVO. kann nur auf die dort in Abs. 1 bestimmten Wirkungen bezogen, also dahin verstanden werden, daß der Wiedereintretende in der Klasse oder Lohnstufe, der er bei seinem Ausscheiden angehört hatte, Mitglied bleibt, solange er sich regelmäßig im Inland aufhält und nicht nach § 312 (wegen Zugehörigkeit zu einer anderen Kasse) ausscheidet. Kann er aber auch gemäß § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. in Verbindung mit § 2 Abs. 2 der vorliegenden Verordnung in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten? Man wird das bejahen müssen, nicht nur wegen des uneingeschränkten Hinweises auf § 313, sondern auch deshalb, weil die Billigkeitserwägung, auf der die Zulassung des Übertritts in eine niedere Klasse oder Stufe überhaupt beruht, bei vielen in der Kriegszeit Ausgeschiedenen in besonderem Maße zutreffen wird: insofern sie nämlich ein geringeres Interesse an hohen Barleistungen der Kasse als vielmehr daran haben, sich für mäßige Beiträge den Anspruch auf Krankenpflege zu wahren. Anderseits wird man daraus, daß es sich um eine Wiederaufnahme als Mitglied „gemäß § 313 RVO." handelt, auch die Anwendbarkeit des § 193 Abs. 3 RVO. herleiten müssen, wonach der Wiederversicherte, wenn er sich nicht im Bezirke der Kasse oder des Versicherungsamts aufhält, für die Krankenpflege durch Geld abgefunden werden kann.

Das hier Erörterte gilt nach § 3 Abs. 3 Vrdg. „sinngemäß" auch für Personen, die in der Kriegszeit wegen Überschreitens der Einkommensgrenze von 4000 *M* gemäß §§ 178, 314 Abs. 2 RVO. aus der freiwilligen Mitgliedschaft ausgeschieden sind. Da die angezogenen §§ 178, 314 Abs. 2 sich sowohl auf freiwillig Beigetretene (§§ 176, 310) wie auf Weiterversicherte (§ 313) beziehen, so nötigt die „sinngemäße" Anwendung des § 1 Abs. 1 zu einer Unterscheidung. Der Wiedereintritt des aus der freiwilligen Mitgliedschaft Ausgeschiedenen muß eine verschiedene Wirkung haben, je nachdem die erloschene Mitgliedschaft auf freiwilligen Beitritt oder auf Weiterversicherung beruht hatte. Von einer „Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 RVO." — wie es im Abs. 1 heißt — kann selbstverständlich nur die Rede sein, wenn die erloschene Mitgliedschaft auf Weiterversicherung nach § 313 beruht hatte; dann regelt sich auch das wiederhergestellte Versicherungsverhältnis nach § 313, wie es hier (unter IV im vorigen Absatz) dargestellt ist. Hatte aber der erloschenen Mitgliedschaft ein freiwilliger Beitritt nach §§ 176, 310 zugrunde gelegen, so ist auch der Wiedereintritt in die Kasse lediglich als Beitritt im Sinne dieser Vorschriften, nicht als „Wiederaufnahme gemäß § 313 RVO." zu behandeln. Es kann daher namentlich ein Übertritt in eine niedere Klasse oder Stufe nach § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. nicht in Frage kommen. Dagegen gilt für den Wiederbeigetretenen § 215 Abs. 2.

V. **Formale Versicherung** (§ 4). — Nicht immer erlangt die Kasse sofort Kenntnis von dem Überschreiten der Versicherungsgrenze; nicht selten ist es auch zweifelhaft, wie hoch sich der „regelmäßige Jahresarbeitsverdienst" Versicherungspflichtiger (§ 165 Abs. 2 RVO.) oder das „jährliche Gesamteinkommen" Versicherungsberechtigter (§§ 176, 178, 314 Abs. 2) beläuft. Es kam daher häufig genug vor, daß die Kasse Personen, die wegen Überschreitens der Versicherungsgrenzen von bisher 2500 und 4000 *M* aus der Kasse ausscheiden mußten, weiter als Mitglieder führte. Hier greift § 4 Vrdg. durch die Vorschrift ein, daß in solchen Fällen die (eigentlich erloschene) Mitgliedschaft „nicht mehr angefochten werden" kann. Es wird also eine Art von formaler Mitgliedschaft, eine Mitgliedschaft trotz Wegfalls einer materiellen Voraussetzung ihres rechtlichen Bestandes,

anerkannt. Dies gilt zunächst hinsichtlich der im § 1 Vrdg. bezeichneten Versicherungspflichtigen, wenn sie trotz Überschreitens der Verdienstgrenze (die Verordnung spricht hier wieder fehlerhaft von „Einkommensgrenze") von 2500 *M* von der Kasse „weiter wie versicherungspflichtige behandelt worden" sind. Diese Voraussetzung wird namentlich in den sehr häufigen Fällen gegeben sein, in denen der Arbeitgeber die Abmeldung Versicherter unterlassen und die Beiträge wie bisher weiter gezahlt hat. In solchen Fällen kommt es im Verhältnis des Mitgliedes zur Kasse nach der Verordnung nicht darauf an, ob etwa der Arbeitgeber die Beiträge nur im ausdrücklichen Auftrage der Versicherten oder wenigstens mit ihrem zu vermutenden Willen zum Zwecke der freiwilligen Weiterversicherung entrichtet hat (§ 313 RVO.); sondern weil die Kasse die Beiträge tatsächlich als Pflichtbeiträge entgegengenommen, also die Versicherten „weiter wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt" hat, kann „diese" Mitgliedschaft nachträglich nicht mehr angefochten werden, das heißt: die Mitgliedschaft ist auch weiterhin als Pflichtmitgliedschaft anzuerkennen, so daß sie insbesondere z. B. nicht durch zweimaligen Verzug in der Beitragsleistung nach § 314 Abs. 1 RVO. als erloschen angesehen werden kann. Und ebenso kann, wenn Versicherungsberechtigte trotz Überschreitens der Einkommensgrenze von 4000 *M* „Mitglieder ihrer Kasse geblieben" sind, diese Mitgliedschaft nachträglich nicht mehr angefochten werden — eine überflüssige Vorschrift, weil ja nach der RVO. die freiwillige Mitgliedschaft durch das bloße Überschreiten der Einkommensgrenze überhaupt nicht erlosch, sondern immer erst durch eine auf diesen Umstand gegründete Mitteilung des Kassenvorstandes nach § 314 Abs. 2. Ist aber eine solche Mitteilung vor dem Inkrafttreten der Verordnung erfolgt, so ist eben der Versicherte nicht Mitglied seiner Kasse geblieben, die Voraussetzung für die Anwendung des § 4 also nicht gegeben und nur möglicherweise ein Wiedereintrittsrecht nach § 3 Abs. 3 begründet.

Der hier erörterte § 4 gilt nach Satz 2 auch für Fälle, in denen beim Inkrafttreten der Verordnung „ein Streitverfahren" schwebt, nämlich ein Streitverfahren, das entweder unmittelbar das Bestehen oder Nichtbestehen des Versicherungsverhältnisses zum Gegenstande hat (§ 405 RVO.) oder in welchem doch dieses Verhältnis die Grundlage eines Anspruchs, sei es auf Beiträge oder Kassenleistungen, bildet. Die mit dem Verfahren befaßte Behörde hat dann die Vorschrift des § 4 Abs. 1 zur Geltung zu bringen und danach zu entscheiden.

VI. Meldung Versicherungspflichtiger (§ 5). — Die regelmäßige Frist zur An- und Abmeldung Versicherungspflichtiger beträgt nach § 317 RVO. drei Tage. Wenn nun § 5 Vrdg. bestimmt, daß die Frist zur Meldung der nach § 1 Versicherungspflichtigen frühestens mit dem achten Tage nach dem Inkrafttreten der Verordnung abläuft, so hat das selbstverständlich nur die Bedeutung einer Übergangsvorschrift. Hinsichtlich derjenigen, die beim Inkrafttreten der Verordnung bereits in einem der im § 1 bezeichneten Beschäftigungsfälle stehen, aber wegen eines Jahresverdienstes von mehr als 2500 *M* bisher nicht versicherungspflichtig waren, sondern es erst durch die Verordnung werden, sowie hinsichtlich derjenigen, die in den ersten acht Tagen nach dem Inkrafttreten der Verordnung, also bis zum 10. Dezember 1918, in ein solches Beschäftigungsverhältnis mit mehr als 2500 und nicht über 5000 *M* Jahresarbeitsverdienst eintreten, läuft die Meldefrist „frühestens" mit dem 10. Dezember ab, d. h. vorbehaltlich eines späteren Ablaufs, der sich aus der Anwendung der Vorschriften in § 317 Abs. 1 und 2 Satz 1 ergibt.

Die Unfallfürsorge für Gefangene.

Von Friedr. Kleeis in Halle a. S.

Die Gefangenen unterliegen nicht der sozialen Versicherung nach der Reichsversicherungsordnung, die nur für freie Arbeiter wirksam wird. Da dies eine Lücke in unserem Fürsorgewesen, namentlich hinsichtlich der dauernden Schäden ist, die sich ein Gefangener zuziehen kann, erging unterm 30. Juni 1900 das „Gesetz betr. die Unfallfürsorge für Gefangene" (RGBl. 1900 S. 536). Wenn Gefangene — so bestimmt es — einen Unfall bei einer Tätigkeit erleiden, bei deren Ausübung freie Arbeiter nach den Bestimmungen der Reichsgesetze über Unfallversicherung versichert sein würden, so ist für die Folgen solcher Unfälle eine Entschädigung zu leisten. Die Fürsorge ist ungefähr dieselbe wie nach der reichsgesetzlichen Unfallversicherung. Als Vollrente gilt der zweihundertfache Betrag desjenigen „Ortslohns", der für den Ort der letzten mindestens drei Monate währenden Beschäftigung festgesetzt ist, die der Gefangene innerhalb des letzten Jahres vor Antritt der Haft gehabt hat. Der Höchstbetrag der Vollrente soll aber nur 300 ℳ sein. Im Falle teilweiser Erwerbsunfähigkeit wird derjenige Teil der Vollrente gewährt, der dem Maße der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht. Im Falle der Tötung ist für die Witwe und für jedes Kind unter 15 Jahren eine Rente zu gewähren, die den sechzigfachen Betrag des Ortslohns, jedoch nicht mehr als 90 ℳ betragen soll. Die Renten der Hinterbliebenen zusammen dürfen 270 ℳ im Jahr nicht übersteigen. Man sieht, daß diese Entschädigungen außerordentlich niedrige sind und in unsere Zeit mit dem so außerordentlich gesunkenen Geldwert nicht mehr hineinpassen. Es will demnach recht wenig bedeuten, wenn nach der Bekanntmachung über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallfürsorge für Gefangene vom 3. Oktober 1918 (Arb.-Vers. 1918 Heft 31 S. 609) solchen Verletzten, die eine Rente von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente beziehen, eine monatliche Teuerungszulage von acht Mark erhalten sollen. Diese Zulage ist nicht annähernd ein Ausgleich für die eingetretene Teuerung.

Ganz besonders mangelhaft ist das Verfahren zur Festsetzung der Entschädigungen. Allerdings soll von dem Vorstand der Anstalt, in welcher der Verunglückte zur Zeit des Unfalls untergebracht ist, eine Untersuchung des Unfalles vorgenommen werden. Ansprüche auf Entschädigungen sind, soweit deren Feststellung nicht von Amts wegen erfolgt, bei Körperverletzung vor der Entlassung aus der Anstalt zu stellen, anderenfalls verfällt der Anspruch. Welcher Gefangene ist aber über seine Rechte so unterrichtet, daß er die Ansprüche rechtzeitig anbringt? Nach Ablauf der Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn eine die Entschädigung begründende Folge des Unfalles erst später bemerkbar geworden oder der Berechtigte von der Stellung des Antrages durch außerhalb seines Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist. Die Festsetzung der Entschädigung erfolgt durch die Aufsichtsbehörde. Über die Festsetzung der Rente soll dem Verletzten ein Bescheid erteilt werden. Wie der Bescheid für den Fall der Ablehnung der Rente aussehen soll, ist nicht angegeben. Innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Bescheids steht dem Verletzten oder seinen Hinterbliebenen die Beschwerde zu. Die zur Entscheidung der Beschwerde berufene Stelle entscheidet endgültig. Das Gesetz sagt in § 11, daß die Entscheidung mit Genehmigung des Reichskanzlers dem Reichsversicherungsamt übertragen werden kann, doch ist bislang — leider — davon kein Gebrauch gemacht worden. Besonders unzulänglich ist,

daß auch nur ein bestimmtes „Anhören" des Verletzten nicht vorgeschrieben ist, daß irgendein mündliches Verfahren unter Hinzuziehung Beteiligter nicht stattfindet, daß also der Verletzte in der Vertretung seiner Rechte außerordentlich beschränkt und die Gewähr für eine unparteiische Rechtsprechung recht herabgemindert ist.

Für das in Wirklichkeit übliche Verfahren ist folgender Fall kennzeichnend. Ein Gefangener wurde zu Arbeiten in einer Tongrube herangezogen. Durch die ungewohnte Beschäftigung mit Schaufel und Hacke bekam er Wunden an der rechten Hand (die „Hand sprang ihm auf"). Da bei der Weiterarbeit Schmutz in die offenen Stellen kam, schwoll die Hand an, so daß er sich in die Behandlung des Gefängnisarztes begeben mußte. Bei der wenige Tage darauf erfolgten Entlassung wurde ihm gesagt, er solle nun in die Behandlung der Universitätsklinik gehen. Die Hand wurde aber immer schlimmer, so daß der Mann gänzlich arbeitsunfähig wurde und zum Gefängnisdirektor ging und Ansprüche stellte. Dort wurde er aber abgewiesen mit der Begründung, daß kein Unfall vorliege. Da der Mann weder von seiner Heimatgemeinde noch von sonstiger Seite irgendwelche Hilfe bekam, auch eine Aufforderung zur Bezahlung der Kosten in der Klinik erhielt, stellte er an die Gefängnisdirektion nochmals den schriftlichen Antrag auf Entschädigung. Er erhielt folgenden Bescheid: „Nach den hier erfolgten Feststellungen hat ein Unfall bei Ihnen nicht vorgelegen und kann demnach von einem Anspruch auf Unfallfürsorge nicht die Rede sein." Da hier eine Rechtsbelehrung nicht vorgesehen, der Mann auch sonst nicht wußte, wohin er sich wenden sollte (wer soll die verwickelten Sondereinrichtungen auch kennen?), schrieb er an das Ministerium des Innern. Nach längerer Zeit erhielt er vom Oberstaatsanwalt in N. folgenden Bescheid: „Auf Ihre beim Minister des Innern . . . eingelegte Beschwerde, die vom Herrn Justizminister an mich abgegeben ist, eröffne ich Ihnen, daß nach den getroffenen Feststellungen die Beschwerde unbegründet ist, da ein Unfall im Sinne des Reichsgesetzes betr. die Unfallfürsorge für Gefangene vom 30. Juni 1900 bei Ihnen nicht vorliegt. Gegen diesen Bescheid steht Ihnen innerhalb eines Monats nach der Zustellung die Beschwerde bei dem Herrn Oberpräsidenten der Provinz Sachsen in Magdeburg zu." Die nunmehr erhobene Beschwerde zeitigte folgende Antwort (Nr. 8089 O. P.): „Nach nochmaliger Prüfung der Sache liegt für mich keine Veranlassung vor, den Bescheid des Herrn Oberstaatsanwalts in N. abzuändern. Dieser Bescheid ist endgültig."

Damit war der Fall erledigt. Der Verletzte behauptet, daß er außer seiner kurzen Rücksprache mit dem Gefängnisdirektor niemals vernommen worden sei, daß eine Zeugenvernehmung nicht stattgefunden habe usw. Wenn die Darstellung des Mannes richtig ist — und ich habe keinen Anlaß, sie anzuzweifeln —, liegt zweifellos ein Betriebsunfall vor. Wenigstens sind solche oder ähnliche Vorgänge in der Rechtsprechung vielfach als Betriebsunfälle anerkannt worden. War doch sowohl die Verletzung selbst (die Wunden) als auch die Verschlimmerung (das Eindringen von Schmutz) durch ein plötzliches Ereignis bei der Arbeit eingetreten. Zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. I S. 70. Der Mann dürfte daher zu Unrecht abgewiesen worden sein. Aber in jedem Falle hätte doch durch Aufklärung, Feststellung und Mitteilung des Sachverhalts und genügende Belehrung des Verletzten dafür gesorgt werden müssen, daß er nicht das niederdrückende G e f ü h l habe, es sei ihm Unrecht widerfahren.

Aus dem Dargelegten geht hervor, daß das Gesetz von 1900 recht bald einer Reform unterzogen werden müßte. Es hat in der langen Zeit seiner Gültigkeit noch nicht die geringste Verbesserung erfahren, obgleich die staatlich organisierte Unfallversicherung inzwischen wiederholt ausgestaltet wurde. Die rückständigen Vorschriften der Unfallfürsorge für Gefangene passen auf keinen Fall in die gegenwärtige Zeit hinein. Man darf sich

nicht auf den Standpunkt stellen, daß der Gegenstand des Gesetzes „nur“ Gefangene sind. Es sind doch „sozusagen“ auch Menschen! Es muß ihnen die gleiche soziale Fürsorge zuteil werden, wie den freien Arbeitern. Wissen wir doch aus den modernen Anschauungen über den Verbrecher, daß es vornehmlich soziale, psychologische und ähnliche Verhältnisse und Vorgänge sind, die ihn zu dem gemacht haben, was er ist. So müssen denn die Abwehrmittel aus gleichen Stoffen beschaffen sein.

Der Krieg hat es mit sich gebracht, daß die Unfallfürsorge für Gefangene mehr zur Anwendung kommt wie früher. Einmal hat — leider — die Zahl der Gefangenen zugenommen, sodann sind auch die Gefangenen mehr zu unfallbringenden Arbeiten herangezogen worden. Am besten wäre es, die Reform dieser Fürsorge in der Reichsversicherungsordnung mit unterzubringen, damit sie sich mehr an diese anlehnt. Namentlich soweit das Festsetzungsverfahren in Frage kommt. Im allgemeinen ist der bisherige Grundsatz, daß nur freie Arbeiter der Sozialversicherung unterliegen, nach Möglichkeit zu beschränken. Den Gefangenen muß die Sozialfürsorge in weitestem Maße ebenfalls zustehen. Es sei hier hauptsächlich an die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erinnert.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungsbehörden und Versicherungsträger in den vom Waffenstillstands-Abkommen betroffenen Gebieten des Rheines.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 25. November 1918 (HMBl. S. 290).

Nach Art. V Abs. 2 des Waffenstillstands-Abkommens vom 11. November 1918 werden die Gebiete auf dem linken Rheinufer durch die örtlichen Behörden unter Aufsicht der Besatzungstruppen der Alliierten und der Vereinigten Staaten verwaltet. Wie die örtlichen Behörden haben die Träger der Arbeiterversicherung, die im besetzten Gebiet ihren Sitz haben, ihre Tätigkeit dort fortzusetzen. Da ferner durch die feindliche Besetzung die Einheitlichkeit der Gesetzgebung und Verwaltung in Deutschland nicht berührt werden soll, sind die genannten Versicherungsträger grundsätzlich nicht gehindert, auch die Geschäfte zu erledigen, die in ihrem etwa auf das rechtsrheinische Gebiet übergreifenden Zuständigkeitsbereich anfallen. Das Entsprechende gilt für Versicherungsträger, die in rechtsrheinischen, nicht vom Feinde besetzten Orten ihren Sitz haben und deren Zuständigkeit auf das linke Rheinufer übergreift.

Auskunftspflicht einer Krankenkasse über § 116 RVO. hinaus?

Beschluß des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 22. Juni 1918.

Der Stadtmagistrat M. hat in Fällen, in denen die Zurücknahme der Genehmigung zum Betrieb einer Gast- oder Schankwirtschaft nach § 33 GewOrdg. beabsichtigt war, den Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse M. um Erteilung von Auszügen aus den Arbeitgeberkonten ersucht. Dadurch sollten die genauen Namen der Gewersgehilfen, welche früher in den Betrieben beschäftigt waren, festgestellt und ihre Einvernahme über die Tatsachen ermöglicht werden, die für die Zurücknahme wichtig sind. Der Kassenvorstand hat die Erteilung der Auszüge verweigert. Zunächst begründete er seine Weigerung mit dem Verbote der Offenbarung von Geschäftsgeheimnissen nach § 142 RVO.; später zog er auch noch den § 116 RVO. heran, wonach die Verpflichtung zur Rechtshilfe nur in Angelegenheiten der Reichsversicherungsordnung bestehe. Der Magistrat regte bei dem Versicherungsamte den Erlaß einer aufsichtlichen Anordnung nach § 377 RVO. an; das Versicherungsamt erklärte aber durch Beschluß vom 12. Mai 1917, daß der Kassenvorstand zur Erteilung der Auszüge nicht verpflichtet sei.

Inzwischen hatte der Kassenvorstand auch gegenüber der Geschäftsstelle für Hinterbliebenenfürsorge, die beim Stadtmagistrat besteht, die Erteilung von Lohnlistenauszügen verweigert; diese Auszüge sollten als Belege zu den Gesuchen um Kriegselterngeld, um Unterstützung aus dem Härteausgleichfonds oder um widerrufliche Zuwendungen dienen. Auch hier sprach das Versicherungsamt am 19. Mai 1917 aus, daß der Kassenvorstand nicht angehalten werden kann, der Geschäftsstelle die verlangte Auskunft zu erteilen.

Der Stadtmagistrat legte gegen beide Beschlüsse Beschwerde ein. Das Oberversicherungsamt hob beide Beschlüsse auf und erklärte die Kasse für verpflichtet, die geforderten Auskünfte zu erteilen. Gegen diesen Beschluß hat wiederum der Kassenvorstand Beschwerde zum K. Landesversicherungsamt erhoben. Dieses hat der Beschwerde zum Teil stattgegeben mit folgender Begründung:

. . . In sachlicher Beziehung ist von beiden Vorinstanzen in zutreffender Weise erörtert worden, daß das Verbot der unbefugten Offenbarung von Geschäfts- oder Betriebsgeheimnissen der Auskunft-

erteilung nicht entgegenstehe. Insbesondere ist nicht abzusehen, inwiefern die Mitteilung der Namen jener Personen, welche früher in einem Schankwirtschaftsbetrieb beschäftigt waren, die Offenbarung eines Geheimnisses darstellen könnte; denn die Beschäftigung selbst hat vor den Augen eines Personenkreises von unbeschränkter Ausdehnung stattgefunden. Aber der Streit dreht sich nicht so fast um die Frage, ob der Kassenvorstand befugt ist, die Auskunft zu erteilen, sondern ob er hierzu von der Aufsichtsbehörde angehalten werden kann.

Das Versicherungsamt stützt beide Beschlüsse darauf, daß nach §§ 115, 116 RVO. die Pflicht der Versicherungsträger zur Rechtshilfe sich lediglich auf Ersuchen erstrecke, die im „Vollzuge der Reichsversicherungsordnung" gestellt werden; Ersuchen solcher Art lägen in den beiden Streitfällen nicht vor und eine Pflicht der Kasse zur Rechtshilfe sei auch durch andere gesetzliche Bestimmungen nicht begründet. Demgegenüber hat das Oberversicherungsamt seine gegenteilige Auffassung damit begründet, daß die Pflicht zur Rechtshilfe nach § 116 im Sinne der Festsetzung einer Gegenseitigkeit zwischen Versicherungsträgern und Behörden aufzufassen sei. Die Beziehung zum Vollzug der Reichsversicherungsordnung wurde vom Oberversicherungsamt dadurch hergestellt, daß es die Auskunftspflicht der Versicherungsträger auf Dinge beschränkt, die ihnen aus ihrer Tätigkeit im Vollzuge der Reichsversicherungsordnung bekannt geworden seien.

Die Auffassung des Oberversicherungsamts würde mit dem Gesetz im Einklang stehen, wenn das Gesetz einfach bestimmte, daß die Organe der Versicherungsträger „Rechtshilfe zu leisten" haben. Das ist jedoch nicht der Fall. Auch die geschichtliche Entwicklung der Rechtshilfe in der sozialen Versicherung spricht nicht für die Auffassung der Vorinstanz; denn vor der Reichsversicherungsordnung war eine so weitgehende Pflicht der Versicherungsträger zu keiner Zeit und in keinem Zweige der Arbeiterversicherung bekannt. Auch der Grundsatz der Gegenseitigkeit ist mit dem Begriff der Rechtshilfe nicht notwendig verbunden (vgl. Entsch. vom 29. Dezember 1917, Mitteilungen 1918 Nr. 89 S. 14).

Ist deshalb auch der weiteren Auslegung nicht zuzustimmen, welche das Oberversicherungsamt dem § 116 RVO. gegeben hat, so wird doch andererseits auch der Standpunkt des Versicherungsamts den Forderungen und Bedürfnissen eines geregelten Zusammenlebens im Staate und damit auch den mutmaßlichen Absichten des Gesetzgebers nicht gerecht. Dem Versicherungsamt ist zwar zuzugeben, daß Gesetzesbestimmungen nicht vorhanden sind, welche eine Auskunftspflicht der Krankenkassen für Fälle der hier vorliegenden Art ausdrücklich festsetzen. Auch die Verordnung vom 12. Juli 1917 über Auskunftspflicht (RGBl. S. 604) kann hierzu nicht herangezogen werden; denn dem Stadtmagistrat ist die in § 1 vorgesehene Ermächtigung bisher auch für die Geschäfte der Hinterbliebenenfürsorge nicht erteilt worden. Aber eine Pflicht der Kasse läßt sich, wenn man den Streit einer freien Betrachtung unterzieht, aus allgemeinen Erwägungen ableiten. Besonders auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung ist eine solche freie Betrachtungsweise stets zugelassen worden. Die wirtschaftlichen und sozialen Gesichtspunkte treten hier in den Vordergrund. Überwiegende Zweckmäßigkeitsgründe dürfen gerade in Angelegenheiten von der Art der vorliegenden, in der es sich nicht um bestimmte, gesetzlich genau begrenzte Rechtsansprüche, sondern um Angelegenheiten der Verwaltung und Geschäftsführung handelt, in denen naturgemäß dem freien Ermessen ein weiterer Spielraum gewährt ist, nicht außer acht gelassen werden, selbst wenn dabei über den Wortlaut des Gesetzes hinausgegriffen werden muß (vgl. z. B. auch Beschluß 2422 Amtl. Nachr. 1918, insbesondere S. 187 unten und 188 oben). Bei den §§ 115 ff. RVO. ist übrigens ein Hinausgehen über die bei strengster Auslegung des Wortlauts sich ergebende Auffassung um so eher möglich, als die positive Fassung der Bestimmungen keinen Anhaltspunkt dafür gibt, daß der Gesetzgeber die Verpflichtung zur Rechtshilfe unbedingt auf die „im Vollzug der Reichsversicherungsordnung" ergehenden Ersuchen beschränken und eine weitergehende Rechtshilfepflicht ausschließen wollte und auch in den Gesetzgebungsverhandlungen ein solcher Wille nicht zum Ausdruck gelangt ist. Das K. Landesversicherungsamt hat denn auch bereits in dem Beschluß vom 29. Dezember 1917 ausgesprochen, daß der Kassenvorstand Auskunft in Fällen nicht verweigern dürfe, in denen das Vorhandensein eines dringenden öffentlichen Interesses dargetan wird, oder die ebenso unabweisbare Rücksicht auf wichtige Interessen des Versicherten die Auskunftserteilung erfordert.

Freilich ist dabei stets zu prüfen, ob die Auskunft nicht ebenso leicht oder leichter anderswoher erhalten werden könne; denn eine außerordentliche Maßregel, wie sie die Auskunftserteilung außerhalb des Rahmens der RVO. für die Versicherungsträger darstellt, darf nur ergriffen werden, wo insbesondere wichtige Gründe dafür sprechen. Zugleich ist auch die Zahl der anfallenden Gesuche zu erwägen; denn wie schon in dem Beschluß vom 29. Dezember 1917 ausgeführt wurde, dürfen die Kassen durch die Ersuchen um Rechtshilfe nicht allzu stark belastet und ihrer eigentlichen Aufgabe nicht allzu sehr entzogen werden.

Wenn diese Grundsätze auf die hier vorliegenden Ersuchen angewendet werden, so kommt man zu einem verschiedenen Ergebnis für die Rechtshilfe auf dem gewerbe-polizeilichen Gebiete und für jene in Angelegenheiten der Hinterbliebenenfürsorge.

Für die Fälle der ersten Art ist zuzugeben, daß

es im allgemeinen schwer ist, festzustellen, welche Personen früher in einem Wirtschaftsbetrieb beschäftigt waren, namentlich wenn, wie in den vorliegenden Fällen, der Betriebsinhaber selbst für die Aufschlußerteilung nicht in Frage kommt. In solchen Betrieben herrscht bekanntlich starker Wechsel des Personals und die Arbeitnehmer sind den Kunden und der Nachbarschaft meist nur nach ihrem Vornamen bekannt. Und doch ist gerade für die Frage, ob Tatsachen vorliegen, welche die Entziehung der Genehmigung rechtfertigen, die zeugschaftliche Vernehmung von Personen besonders wertvoll, die dem Betrieb nicht mehr angehören. Über diese Personen kann zwar manchmal Aufschluß aus den Verzeichnissen erholt werden, welche nach Ziff. I 5 der Bundesratsbekanntmachung vom 23. Januar 1902, betreffend die Beschäftigung von Gehilfen usw., in Gast- und in Schankwirtschaften (RGBl. S. 33) zu führen sind. Aber diese Verzeichnisse werden nicht immer genügen; denn sie dienen nur vorübergehenden Zwecken und werden wohl nicht auf längere Zeiträume aufbewahrt; sie werden auch gerade bei Personen, bei denen die Zurücknahme der Erlaubnis zum Wirtschaftsbetrieb in Frage steht, nicht immer verlässig sein. Auch die Anzeigen, welche die Polizeibehörde auf Grund der ortspolizeilichen Vorschriften der K. Polizeidirektion M. über das Meldewesen erhält, reichen für die Fälle nicht aus, in denen der Stadtmagistrat die Ortskrankenkasse um Auskunft ersucht. Die polizeiliche Meldepflicht der Gewerbetreibenden bezieht sich nur auf die Arbeiter, die bei den Arbeitgebern wohnen. Zudem werden die an die Polizeibehörde gelangenden Anzeigen nicht auf die Namen der Arbeitgeber registriert. Die Heranziehung der Arbeitgeberkonten der Krankenkassen läßt sich also in diesen Fällen zur Zeit meist nicht umgehen. Die Zahl der Gesuche wird übrigens nicht so groß sein können, daß eine erhebliche Geschäftsbelastung der Kasse zu befürchten ist. Dem Oberversicherungsamt kann deshalb nicht entgegegetreten werden, wenn es den Kassenvorstand zur Erteilung solcher Auskünfte zur Zeit für verpflichtet erklärt. Dabei bleibt selbstverständlich vorbehalten, daß das Versicherungsamt in zweifelhaften Fällen eingreift und auf Vermeidung alles Unnötigen Bedacht nimmt.

Was dagegen die Auskünfte in Sachen der Hinterbliebenenfürsorge betrifft, so ist zu beachten, daß die Aufschlüsse, welche die Kasse über die Einkommensverhältnisse der Versicherten erteilen kann, nicht allerwege so verlässig sind, als dies auf den ersten Blick scheinen möchte (vgl. auch in dieser Beziehung den oben angeführten Beschluß vom 29. Dezember 1917). Die Krankenkassen besitzen übrigens regelmäßig nur Anzeigen über die Löhne der Versicherten aus der die Versicherung begründenden Beschäftigung. Ihr sonstiges Einkommen wird den Kassenvorständen nur ausnahmsweise bekannt (vgl. z. B. § 176 RVO.). Zur Ermittlung des Einkommens stehen den Organen der Hinterbliebenenfürsorge auch andere Wege, z. B. Auskünfte der Arbeitgeber, zur Verfügung. In manchen Fällen mag es sogar genügen, wenn den Gesuchstellern jeweils aufgetragen wird, die Mitteilungen vorzulegen, die sie vom Rentamt über ihre Steuerveranlagung erhalten haben. Jedenfalls ist in keiner Weise dargetan, daß die notwendigen Aufschlüsse nur aus den Listen der Krankenkasse erholt werden können, während es auf der anderen Seite keinem Zweifel unterliegt, daß die Ortskrankenkasse durch ihre Inanspruchnahme in den zahlreichen Unterstützungsfällen eine sehr empfindliche Belastung erfahren würde.

Die Beschwerde ist deshalb, soweit sie sich auf die Auskünfte in den Angelegenheiten der Hinterbliebenenfürsorge bezieht, begründet und der Beschluß des Oberversicherungsamtes, soweit er sich mit diesen Auskünften befaßt, aufzuheben.

Zur Frage der Versicherungspflicht selbständiger Kaufleute als Generalagenten einer Versicherungsgesellschaft.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 26. Februar 1918 (P. 2/18).

Die Entscheidung über die Versicherungspflicht des Generalagenten M. hängt von der Frage ab, ob er als Handlungsagent oder als Handlungsgehilfe im Sinne der §§ 59 ff. des Handelsgesetzbuchs zu betrachten ist. Das unterscheidende Merkmal ist die Selbständigkeit oder Abhängigkeit seiner Stellung von dem Geschäftsherrn. Der Handlungsgehilfe ist ein unselbständiges Glied im Geschäftsmechanismus des Handlungshauses; er steht in einem Unterordnungsverhältnis zu seinem Geschäftsherrn und muß dessen Anordnungen Folge leisten; er muß seine Arbeitskraft in einer im voraus bestimmten Weise dem Geschäftsherrn zur Verfügung stellen und kann nicht wie ein selbständiger Gewerbetreibender über seine Zeit nach eigenem Ermessen verfügen. Die Grenze ist fließend und kann nur unter Würdigung aller Umstände des einzelnen Falles bestimmt werden. Es ist richtig, daß in der bisherigen Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts bei den dort behandelten Fällen ein entscheidender Wert auf die Art der Entlohnung gerade bei Versicherungsagenten gelegt worden ist und daß, wenn einem solchen feste Bezüge in irgendwelcher Form, sei es als festes Gehalt oder als Garantie einer zu erzielenden Mindestprovision, als Bureaukostenzuschuß oder dergleichen, zugesichert worden waren, dies als ausschlaggebend für die Annahme eines abhängigen Handlungsgehilfenverhältnisses betrachtet worden ist. Es ist in dieser Hinsicht zu verweisen namentlich auf die Zusammenstellung der bisher ergangenen Entscheidungen in dem Beschlusse vom 4. Juli 1917 in Sachen W. — P. 74/17 —. In der grundsätzlichen Entscheidung vom 30. Juni 1917

in Sachen B. — P. 33/17 — und in dem Beschlusse vom 23. November 1917 in Sachen K. — P. 163/17 — ist darauf hingewiesen worden, daß dies nicht maßgebend ist, wenn nur geringfügige Vergütungen in Gestalt fester Bezüge gewährleistet sind, die für die wirtschaftliche Stellung des Vertreters nicht wesentlich und auch nicht geeignet sind, seiner ganzen Lebenshaltung eine einigermaßen gesicherte Grundlage zu verschaffen. Dies würde im vorliegenden Falle allerdings nicht zutreffen, da die Höhe der dem Generalagenten zugesicherten Mindestprovision, soweit ersichtlich, an das Gesamteinkommen nahe heranreicht und jedenfalls so bedeutend ist, daß sie für die Würdigung der gesamten Stellung des Generalagenten erheblich ins Gewicht fällt.

Immerhin ist die Frage der Entlohnung nicht allein entscheidend, sondern sie bildet nur einen wichtigen Gesichtspunkt für die nach der Gesamtgestaltung der Stellung zu treffende Würdigung und es kann, wie namentlich in dem angeführten Beschlusse vom 4. Juli 1917 in Sachen W. — P. 74/17 — betont worden ist, auf die Frage der Art der Entlohnung die Entscheidung keinesfalls ausschließlich gestützt werden.

Prüft man aber die gesamten Umstände des vorliegenden Falles, so muß hier die Entscheidung im Sinne des Rentenausschusses für zutreffend erachtet werden. Nach dem Inhalt des Vertrags vom 3. September 1914 treten die beiden Generalagenten der Versicherungsgesellschaft durchaus als selbständige Geschäftsleute gegenüber. Sie bilden eine im Handelsregister eingetragene Firma, eine offene Handelsgesellschaft, und übernehmen die Generalagentur der Versicherungsgesellschaft, ohne sich ihrer Selbständigkeit im geringsten zu entäußern. Sie haben ein eigenes Geschäftslokal, eigene Geschäftseinrichtungen, die sie auf eigene Kosten unterhalten und hinsichtlich deren sie keinerlei Anweisungen oder Anordnungen der Versicherungsgesellschaft unterworfen sind. Sie haben das Recht, ihre gesamte Tätigkeit so einzurichten, wie es ihnen geeignet erscheint. Einer Kontrolle der Versicherungsgesellschaft unterliegen sie nur insoweit, als dies auch bei einem selbständigen Agenten üblich und zur Erhaltung eines ordnungsmäßigen Geschäftsganges notwendig erscheint. Namentlich sind die Generalagenten nicht verpflichtet, bestimmte Reisen zu machen oder eine bestimmte Geschäftseinteilung zu beobachten. Insbesondere hängt die ihnen gewährte Garantie eines Mindesteinkommens keineswegs von der Erreichung eines bestimmten Arbeitsergebnisses ab. Die volle Selbständigkeit der beiden Generalagenten wird deshalb auch nicht durch den Gesichtspunkt beeinträchtigt, daß sie zu einer bestimmten und andauernden Tätigkeit für die Gesellschaft genötigt sind, um die ihnen zugesicherte Provisionsgarantie erreichen zu können.

Nach dem Gesamtcharakter der getroffenen Abreden ist deshalb das Verhältnis dahin zu würdigen, daß die beiden Inhaber der offenen Gesellschaft ein selbständiges Geschäftsunternehmen errichtet haben, welches sie unter eigener Firma, mit eigenen Geschäftseinrichtungen und unter eigener Verantwortlichkeit leiten. Sie haben die Generalagentur von der Versicherungsgesellschaft übernommen, sind aber keineswegs als abhängige Glieder in deren Geschäftsorganismus eingefügt. Ihre Selbständigkeit ist nur insofern Beschränkungen unterworfen, als dies mit Rücksicht auf den ordnungsmäßigen Geschäftsgang und die Erfordernisse des Versicherungsbetriebs notwendig ist. Die Selbständigkeit der offenen Handelsgesellschaft tritt in den einzelnen Bestimmungen des Vertrags und in der ganzen Anordnung des Verhältnisses so stark in den Vordergrund, daß demgegenüber auf die Garantie der Provisionseinnahme und des Reingewinns trotz ihrer verhältnismäßig bedeutenden Höhe kein entscheidendes Gewicht gelegt werden kann.

Damit ist die Annahme einer Handlungsgehilfeneigenschaft der beiden Generalagenten unvereinbar. Dem Rentenausschuß ist deshalb beizustimmen und die Beschwerde zurückzuweisen.

Anmerkung: Zu vgl. die Entsch. in ArbVers. 1918 S. 106.

Versicherungsrechtliche Stellung der Fernsprechgehilfinnen.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 15. März 1918 (P. 9/18).

Die Annahme des Rentenausschusses, daß die vier Fernsprechgehilfinnen als Büroangestellte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen seien, ist nicht zutreffend. Denn schriftliche Arbeiten haben sie in größerem Umfang überhaupt nicht zu verrichten; sie sind auch nicht in einem Büro tätig und stehen nach der Natur ihrer Beschäftigung, die im wesentlichen nur in der Herstellung von Fernsprechverbindungen besteht, dem unteren Personal näher, wie ja auch bei Behörden die Fernsprechzentrale häufig von Personen in der Stellung von Kanzleidienern versehen wird (zu vgl. Entsch. des Oberschiedsger. vom 25. November 1916 (P. 33/16) und vom 9. Juni 1917 (P. 266/16), „AngestVers." 1917 S. 261 Nr. 251). Sind sie aber nicht als Büroangestellte anzusehen, so kann dahingestellt bleiben, ob ihre Tätigkeit, soweit sie sich auf die von auswärts angemeldeten Ferngespräche und auf die Führung des Buches über die Ferngespräche bezieht, nicht als mechanische angesehen werden kann. Vielmehr kommt dann nur noch in Frage, ob sie mit Rücksicht auf diese Dienstleistungen, die sich über das rein mechanische Herstellen von Anschlüssen etwas erheben, als Angestellte in gehobener

Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 a. a. O. angesehen werden können. Dies ist aber zu verneinen. Bei Ferngesprächen von außerhalb haben sie allerdings eine gewisse Prüfung vorzunehmen und müssen auf Grund ihrer Kenntnisse der Einrichtung des Betriebs und der Verteilung der Geschäfte unter die einzelnen Dienststellen die richtigen Anschlüsse herstellen. Aber diese Tätigkeit ist, wie das Oberschiedsgericht bereits in Sachen A. und Gen. (P. 33/16) ausgeführt hat, rein formaler Natur, wie sie auch bei den Pförtnern eines Dienstgebäudes vorkommt, die den Besuchern das Stockwerk und die Zimmernummer nennen, wo sie die in Frage kommende Persönlichkeit antreffen. Ebenso sind auch die von ihnen zu leistenden schriftlichen Arbeiten so einfacher Art und von so untergeordneter Bedeutung, daß sie keinen Anlaß geben können, ihre Stellung zu einer gehobenen zu gestalten. Ihre Tätigkeit läßt sich daher nicht auf eine Stufe stellen mit der erheblich schwierigeren und anstrengenderen Arbeitsleistung der beim Königlichen Polizeipräsidium in B. angestellten Fernsprechgehilfinnen, die das Oberschiedsgericht durch die Entsch. vom 5. Juni 1915 (P. 24 und 29/15), „AngestVers." 1915 S. 178 Nr. 43) nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte für versicherungspflichtig erklärt hat.

Hiernach war unter Aufhebung der Vorentscheidung auszusprechen, daß die vier Fernsprechgehilfinnen nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte sind, vielmehr zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 der RVO. bezeichneten Personen gehören.

Kinderbeihilfen sind, wie Teuerungszulagen, dem Entgelt zuzurechnen.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 30. März 1918 (P. 139/17).

Das Oberschiedsgericht hat bereits in der grundsätzlichen Entsch. Nr. 195 („AngestVers." 1917 S. 78) ausgesprochen, daß Zulagen, die aus Anlaß der durch den Krieg verursachten Teuerung gewährt werden, als Entgelt im Sinne des § 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen sind ,auch wenn sie nur für unbestimmte Dauer und auf jederzeitigen Widerruf bewilligt sind. Unter Entgelt fallen grundsätzlich alle vermögenswerten Vorteile, die dem Beschäftigten als Vergütung für seine Arbeit gewährt werden. Auf die Beweggründe, die die Gewährung veranlassen, kommt es im allgemeinen nicht an, ebensowenig auf Form und Maßstab der Leistung. Auch ist es ohne Belang, wenn Zulagen nur auf unbestimmte Zeitdauer und auf Widerruf bewilligt werden. Nur dann sind Zuwendungen dem Entgelt nicht zuzurechnen, wenn sie auf einer Freigebigkeit des Arbeitgebers beruhen. Dise trifft hinsichtlich der Kriegsbeihilfen oder Teuerungszulagen nicht zu. Denn diese Zuwendungen fließen dem Beschäftigten nicht außerhalb seines Beschäftigungsverhältnisses zu, sondern sie erfolgen aus Anlaß der Tätigkeit im Betriebe des Arbeitgebers und als Gegenleistung für diese Tätigkeit. Die Teuerungszulagen werden in der Regel während des Krieges deshalb gezahlt, um die infolge der allgemeinen Verteuerung aller Lebensbedürfnisse in ihrem Werte gesunkene Gegenleistung des Arbeitgebers auf die zur Zeit angemessene Höhe zu bringen und die Höhe des Entgelts den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen anzupassen. Ohne derartige Beihilfen wären die Angestellten im Hinblick auf die herabgesetzte Kaufkraft des Geldes vielfach nicht in der Lage, ihren und ihrer Familie Lebensunterhalt zu bestreiten. Die Gewährung der Beihilfen dient also zugleich zur Erhaltung der für den Arbeitgeber wertvollen Arbeitskraft des Beschäftigten. Sie sollen ihn ermöglichen, während der schwierigen Kriegsverhältnisse durchzuhalten. In welcher Weise diese Teuerungszulagen abgestuft sind, ob sie allen Beschäftigten gleichmäßig gewährt werden oder ob, wie es in der Natur der Sache liegt, die verheirateten Angestellten mit Rücksicht auf ihre Kinderzahl besonders bedacht werden, ist für die Beurteilung der Frage, ob die Zuwendung einen Entgelt darstellt, nicht entscheidend. Selbst wenn, wie bei Kinderzulagen, bevölkerungspolitische Gesichtspunkte mitspielen sollten, ist der eigentliche Grund der Zuwendung immer das Beschäftigungsverhältnis. Hiernach muß, wie der Rentenausschuß zutreffend entschieden hat, sowohl die Kriegszulage wie auch die Kinderzulage des B. als Entgelt angesehen und deshalb zur Beitragsberechnung herangezogen werden (zu vgl. auch die auf dem Gebiete der Krankenversicherung ergangene grundsätzliche Entsch. des Reichsversicherungsamts 2385, Amtl. Nachr. 1917 S. 519).

Was den Zeitpunkt der Heranziehung der Kinderzulage zur Beitragsentrichtung anlangt, so hat der Rentenausschuß ebenfalls zutreffend angenommen, daß der der Gehaltserhöhung seitens eines Arbeitgebers nachträglich für einen früheren Zeitpunkt beigelegten rückwirkenden Kraft kein Einfluß auf den Beginn der Beitragsentrichtung zukommt. Ebensowenig wie die tatsächlichen Voraussetzungen, welche die Versicherungspflicht begründen, nachträglich geändert werden können, ist auch eine nachträgliche Änderung der Grundlagen für die Beitragsberechnung mit rückwirkender Kraft nicht möglich. Für die Leistungen aus der Angestelltenversicherung sind stets die jeweiligen tatsächlichen Verhältnisse maßgebend. Die Leistungspflicht des Angestellten und seines Arbeitgebers kann nicht nachträglich für eine bereits verflossene Zeit verändert werden, ebensowenig wie die Höhe des Risikos, das die Versicherungsanstalt während der verflossenen Zeit getragen hat (zu vgl. auch die grundsätzliche Entsch. des Oberschiedsgerichts Nr. 73, „AngestVers." 1916 S. 13). Nach alledem muß es bei dem angefochtenen Beschluß des Rentenausschusses bewenden.

B. Zur Krankenversicherung.

Zusammenarbeiten der Krankenkassen mit den Fürsorgestellen für Lungenkranke.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** an die Oberversicherungsämter vom 9. November 1918 (HMBl. S. 283).

Das Deutsche Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose hat angeregt, die auf den Ausbau des Fürsorgestellenwesens gerichteten Maßnahmen durch Heranziehung der Krankenkassen zu fördern. Diese sollen einmal bei der Begründung der Provinzial- usw. Fürsorgestellen-Ausschüsse und dem Ausbau der Fürsorgestellen tatkräftig mitwirken und sodann die Tätigkeit der Fürsorgestellen, also auch ihren laufenden Betrieb, nach Möglichkeit mit Geldmitteln unterstützen. Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat ein gutes und möglichst enges Zusammenarbeiten der Krankenkassen mit den Fürsorgestellen für Lungenkranke befürwortet, da es daraus ersprießliche Erfolge für die Bekämpfung der Tuberkulose erhofft. Auf Veranlassung des Herrn Reichskanzlers sind alsdann Grundsätze für das Zusammenarbeiten der Krankenkassen mit den Fürsorgestellen für Lungenkranke aufgestellt und in einer Sitzung des Reichsversicherungsamts, in welcher der Arbeitsausschuß der Kommission für den Ausbau des Auskunfts- und Fürsorgestellenwesens für Lungenkranke und die fünf großen Verbände der Krankenkassen vertreten waren, festgestellt worden. Auch der Herr Staatssekretär des Innern hat sich nach Anhörung des Kaiserlichen Gesundheitsamts damit einverstanden erklärt. Nachstehend übersende ich Ihnen einen Abdruck dieser Grundsätze mit dem Ersuchen, deren Beachtung den Ihnen unterstellten Krankenkassen zu empfehlen.

Grundsätze:

I. Gemäß § 363 der RVO. sind die Krankenkassen berechtigt, an Fürsorgestellen für Lungenkranke Beihilfen zur Errichtung oder regelmäßige Beiträge, die in Form von festen Jahresbeträgen nach der Kopfzahl der Versicherten oder in sonst geeigneter Weise berechnet werden können, für den laufenden Betrieb zu bewilligen.

II. Beihilfen werden unter folgenden Bedingungen gewährt:

1. Die Fürsorgestellen müssen derart geldlich sichergestellt sein, daß ihre erfolgreiche Tätigkeit gewährleistet ist; ihr örtlicher Zusammenschluß mit verwandten Einrichtungen ist anzustreben.
2. Auch die beteiligten Gemeinden oder Gemeindeverbände, Landesversicherungs- oder Sonderanstalten usw. müssen die Fürsorgestellen mit Geldmitteln unterstützen.
3. Den Krankenkassen ist ein ihrer geldlichen Beteiligung entsprechender Einfluß in der Fürsorgestelle einzuräumen.
4. Der Betrieb der Fürsorgestellen ist nach den vom Deutschen Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose aufgestellten Leitsätzen zu regeln, die durch Rundschreiben des Herrn Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) vom 13. März 1917 den Bundesregierungen zur Berücksichtigung empfohlen worden sind.
5. Die Fürsorgestellen sollen ihre Fürsorge tunlichst den Versicherten und deren Angehörigen zuwenden.
6. Zu dieser Fürsorge gehört auch eine die Maßnahmen der Krankenkassen ergänzende Aufklärung durch mündliche Beratung, Verteilung von Merkblättern oder Flugschriften, Anregung und Mitwirkung bei Unterweisung der Krankenbesucher der Krankenkassen, und dergleichen.
7. In allen Fällen, in denen bei Versicherten oder ihren Angehörigen Tuberkulose festgestellt wird oder der Verdacht der Tuberkulose vorliegt, sind die Krankenkassen alsbald in Kenntnis zu setzen. Die Krankenkassen benachrichtigen die Fürsorgestellen von jedem Falle von Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht, der ihnen bei ihren Mitgliedern oder deren Angehörigen bekannt wird, leiten auch an sie ihre Wahrnehmungen über gesundheitswidrige Wohnungsverhältnisse weiter.
8. Ändert ein an offener Tuberkulose erkrankter Versicherter seinen Aufenthalt, wird er in eine Heilstätte oder ein Krankenhaus aufgenommen oder stirbt er, so hat die Fürsorgestelle auf eine gründliche Entseuchung (Desinfektion) der von ihm benutzten Wohnräume, Betten, Wäsche oder sonstigen Gegenstände hinzuwirken.
9. Der Kasse ist auf Ersuchen über ihre in Fürsorge genommenen Versicherten Auskunft zu geben.
10. Die Fürsorgestelle hat alljährlich einen Bericht über ihre Tätigkeit unter besonderer Hervorhebung des für die Versicherten der Kasse Geleisteten zu erstatten.

Verzeichnisse der Ärzte usw. sowie der Gebrauchsgegenstände usw. müssen nur von der Kasse selbst, nicht auch von den Sektionen geführt werden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Mai 1918 (2474, Amtl. Nachr. 1918 S. 440).

Die formellen Rügen der Beschwerdeführerin greifen nicht durch. Das Reichsversicherungsamt hat bereits in der Entsch. 1915 (Amtl. Nachr. 1914 S. 741) grundsätzlich anerkannt, daß der Erlaß einer Vorentscheidung auch im Beschlußverfahren in demselben Umfang wie im Spruchverfahren zulässig ist. Hieran war festzuhalten. Richtig ist allerdings, daß die Rechtsmittelbelehrung am Schlusse der angefochtenen Vorentscheidung insofern mangelhaft ist, als sie lediglich den Antrag auf Entscheidung durch die Beschlußkammer und nicht auch die durch §§ 1797, 1658 RVO. wahlweise zugelassene weitere Beschwerde an das Reichsversicherungsamt erwähnt. Dieser Mangel kann zwar insofern von Bedeutung

sein, als infolgedessen die Beschwerdefrist nicht in Lauf gesetzt wird, also auch gegen den unterliegenden Teil nicht ablaufen kann. Da aber vorliegend die Beschwerde trotz der fehlerhaften Rechtsmittelbelehrung rechtzeitig eingelegt worden ist, so kann der gerügte Mangel Rechtsfolgen nicht nach sich ziehen.

Trotzdem mußten die Entscheidungen der Vorinstanzen aufgehoben werden, da sie in sachlicher Beziehung einer gesetzlichen Grundlage entbehren. Das nach § 377 RVO. den Versicherungsämtern zustehende Aufsichtsrecht über die Krankenkassen wird durch § 30 RVO. begrenzt. Hiernach erstreckt sich das Aufsichtsrecht der Aufsichtsbehörden über die Versicherungsträger nur darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Die Führung der in Rede stehenden Verzeichnisse durch die Sektionen der Landkrankenkasse ist aber weder im Gesetze noch in der Satzung vorgeschrieben. Zunächst findet sich in der Reichsversicherungsordnung eine solche Vorschrift nicht. Ferner wird durch § 1 C und F der Bekanntmachung über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen usw. vom 9. Oktober 1913 (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1913 S. 1009), deren Bestimmungen auf Grund der in den §§ 366, 367 RVO. dem Bundesrat gegebenen Ermächtigung erlassen und als Ergänzung des Gesetzes einem solchen im Sinne des § 30 a. a. O. gleichzuachten sind, die Führung der „Nachweisung der für die Kasse tätigen Ärzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apothekenbesitzer und -verwalter und anderen solchen Personen, welche Arzneimittel feilhalten" und des „Verzeichnisses der Gebrauchsgegenstände" nur für die Kassen angeordnet. Von der beschwerdeführenden Kasse werden auch solche Listen unstreitig geführt. Die Anlegung besonderer Verzeichnisse für die Sektionen ist weder in der genannten Bekanntmachung noch in der Kassensatzung vorgeschrieben, die nach § 415 RVO. das Nähere über die Aufgaben der Sektionen zu bestimmen hat. Auch geht nicht etwa aus dem Zwecke der Anordnung die Verpflichtung zur Führung der beiden Listen auch bei den Sektionen hervor. Insbesondere kann das nicht, wie es das Oberversicherungsamt tut, aus § 368 RVO. gefolgert werden. Denn die Führung des Verzeichnisses der Ärzte und Apothekenbesitzer soll keineswegs die Nachprüfung ermöglichen, ob die Versorgung der Kassenmitglieder mit ärztlicher Hilfe und Arznei genügend gesichert ist, sondern dient lediglich der Rechnungsführung (§§ 366, 367). Ob die Führung besonderer Verzeichnisse der Gebrauchsgegenstände bei den Sektionen unter Umständen zweckmäßig wäre, kann dahingestellt bleiben, da auf bloße Zweckmäßigkeitsgründe Anordnungen des Versicherungsamts im Aufsichtswege nicht gestützt werden können. Vorliegend sind übrigens auch Zweckmäßigkeitsgründe nicht erkennbar, da die Sektionen, abgesehen von eigenen Gummistempeln, keine Gebrauchsgegenstände besitzen.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Erfüllung der Wartezeit für Ansprüche der Hinterbliebenen eines Verschollenen.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 26. Juni 1918 (2482 Amtl. Nachr. 1918 S. 455).

Der Zeitpunkt, mit dem die Verschollenheit eintritt, ist wohl zu scheiden von dem auf Grund der Verschollenheit zu vermutenden Zeitpunkt des Todes des Verschollenen. Dies ergibt sich aus § 18 Bürgerl. Gesetzb., wie aus § 2 der Bekanntm. über die Todeserklärung Kriegsverschollener vom 18. April 1916 (RGBl. S. 296, Amtl. Nachr. 1916 S. 510) und aus §§ 1265, 1266 RVO. Wenn der Vorsitzende des Versicherungsamts in seiner gutachtlichen Äußerung meint, vor Erreichung des Zeitpunktes der Verschollenheit würden die Fürsorgeansprüche der Hinterbliebenen nicht fällig, so trifft das nicht den Kern der Frage. Die Durchsetzung der Ansprüche mag zu dieser Zeit noch nicht möglich sein. Das beruht auf dem Umstand, daß der Tod noch nicht feststeht. Indessen werden, wenn die Verschollenheit und mit ihr der Tod erwiesen ist, die Ansprüche von einem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt fällig. Es ist nicht einzusehen, weshalb den Hinterbliebenen eines versicherten Verschollenen die Fürsorgeansprüche erst von einem späteren Zeitpunkt ab zustehen sollten, als den Hinterbliebenen eines nicht vermißt gewesenen verstorbenen Versicherten, der in demselben Zeitpunkt verstorben ist, welcher auch für den Verschollenen als Todestag festgestellt wird. Es geht auch nicht an, daß die Waisen eines verschollenen Versicherten die Waisenrente von dessen Todestag ab beziehen, das Witwengeld aber erst zu einem späteren Zeitpunkt fällig sein soll (§ 1263 Satz 1, § 1264 RVO.). Beginnen aber die Versicherungsleistungen mit dem festgestellten Todestage, so können auch die Beiträge nur bis dahin angerechnet werden. Hiernach ist der maßgebende Zeitpunkt für die Erfüllung der Wartezeit der 21. April 1916. Damals war aber die Wartezeit aus der Versicherung der Ehefrau K. nicht erfüllt. Deshalb hat sie keinen Anspruch auf Witwengeld.

Ruhen der Rente bei Verbüßung mehrerer Freiheitsstrafen.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 10. Juni 1918 (2483 Amtl. Nachr. 1918 S. 455).

Die Voraussetzungen des § 1312 Abs. 1 RVO.

sind gegeben. Die dort gebrauchten Worte „eine Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat" sind nicht dahin aufzufassen, daß es sich dabei nur um eine einzige von einem Gericht erkannte Strafe handeln dürfe. § 1312 Abs. 1 RVO. beruht auf der Erwägung, daß Personen, denen auf Grund strafgerichtlichen Erkenntnisses die Freiheit entzogen ist und die deshalb unabhängig vom Versicherungsfall an der Verwertung ihrer Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte gehindert sind, überdies auch den Lebensunterhalt in der Anstalt erhalten, nicht noch die Rente erhalten sollen (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 2 zu § 1312). Diese Erwägung wird aber davon nicht beeinflußt, ob es sich um eine Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat handelt oder um mehrere kürzere Strafen, die zusammen mehr als einen Monat betragen. Die Anwendung des § 1312 Abs. 1 würde sonst auch von Zufälligkeiten abhängen, je nachdem eine Gesamtstrafe festgesetzt oder mehrere Einzelstrafen erkannt sind. Die Vorinstanzen haben deshalb mit Recht das Ruhen der Rente ausgesprochen. Es könnte sich sogar fragen, ob nicht die Rente für den Monat Mai 1917 aus demselben Grunde einzustellen gewesen wäre, da die korrektionelle Nachhaft im Anschluß an die Strafhaft vollstreckt worden ist. Doch braucht hierauf nicht eingegangen zu werden, da die Landesversicherungsanstalt die Rente nur bis zum 2. Mai und dann erst wieder vom 1. Juni 1917 ab eingestellt hat.

Vergütung für die Quittungskartenausgabe.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 14. November 1918 (HMBl. S. 284).

Die Vergütung, welche den Krankenkassen und Knappschaftsvereinen von den Landesversicherungsanstalten für die Quittungskartenausgabe zu gewähren ist, hat sich unter den heutigen Verhältnissen vielfach als unzureichend erwiesen. Auf Grund des § 1455 Abs. 2 der RVO. bestimme ich daher unter Abänderung der Ziffer 10 des Runderlasses vom 27. Juni 1912 (HMBl. S. 389), daß die Höhe der Vergütung 9 Pf. für die Karte nicht übersteigen darf.

D. Zur Angestelltenversicherung.

„An sich" versicherungspflichtige Beschäftigung im Sinne der Bek. v. 30. 9. 16 (RGBl. S. 1097, ArbVers. S. 711).

Beschlüsse des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** a) vom 26. Februar 1918 (P. 182/17); b) vom 12. Januar 1918 (P. 198/17).

a)

Unbedenklich ist anzunehmen, daß Frau M. ihre derzeitige Beschäftigung als Postagentin nach dem Kriege wieder aufgeben wird, indem alsdann ihr Ehemann wieder die Agenturgeschäfte führen wird. Gewiß wird sie auch dann wieder, wie vor der Einziehung ihres Ehemannes, in Notfällen in der Postagentur aushelfen. Eine solche gelegentliche Aushilfe wird aber nach dem Kriege unzweifelhaft den Hauptberuf der Frau M. nicht mehr ausmachen, wie sie ihn auch vor dem Kriege nicht gebildet hat. Als „an sich versicherungspflichtige" Beschäftigung im Sinne des § 1 a. a. O. kann diese gelegentliche Aushilfe nicht angesprochen werden. Denn „an sich versicherungspflichtig" sind Beschäftigungen der in § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bezeichneten Art nur unter der Voraussetzung, daß sie den Hauptberuf des Beschäftigten bilden. Erst die Eigenschaft des Hauptberufs prägt ein solches Beschäftigungsverhältnis zu einem versicherungspflichtigen; Beschäftigungen gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 a. a. O. können die Versicherungspflicht niemals, wenn sie nicht den Hauptberuf bilden, begründen. Auch der Zweck der Bekanntmachung vom 30. September 1916 ergibt die Richtigkeit dieser Auffassung des Begriffs der „an sich versicherungspflichtigen" Tätigkeit im Sinne des § 1 der Bekanntmachung vom 30. September 1916. Es sollten Personen, die weder vor noch nach dem Kriege in einem der Versicherung unterworfenen Anstellungsverhältnis gestanden haben und stehen werden, und die lediglich für die Dauer des Krieges in ein versicherungspflichtiges Angestelltenverhältnis getreten sind, von der Angestelltenversicherung frei bleiben. Alles dies trifft auf Frau M. zu. Es besteht für sie kein Bedürfnis, in die Angestelltenversicherung einbezogen zu werden, da sie nach menschlicher Voraussicht auf Grund der Versicherungspflicht die Wartezeit nicht erfüllen wird (zu vgl. „AngestVers." 1917 S. 214 Nr. 235). Wenn das Oberschiedsgericht als „an sich versicherungspflichtig" im Sinne der Bekanntmachung vom 30. September 1916 auch solche Beschäftigungen angesehen hat, die zwar ihrer Art nach unter § 1 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte fallen, aber wegen eines 5000 ℳ übersteigenden Jahresarbeitsverdienstes der Versicherungspflicht nicht unterliegen (Angest. Vers. 1917 S. 198 Nr. 229), so steht dies der hier vertretenen Auffassung nicht entgegen. Denn Personen, die solche Beschäftigungen ausüben, verrichten Tätigkeiten, auf die an sich die Versicherungspflicht erstreckt ist. Sie fallen aus dem Kreise der versicherungspflichtigen Angestellten nur mit Rücksicht auf die Höhe ihres Gehalts, eines mehr äußerlichen Umstandes, heraus; die Grundlage ihrer Existenz ist das Angestelltenverhältnis.

Sind hiernach bei Frau M. die Voraussetzungen für die Anwendung der Bekanntmachung vom 30. September 1916 gegeben, so unterliegt sie in ihrem Anstellungsverhältnis bei der Kaiserlichen Oberpostdirektion in H. nicht der Versicherungspflicht.

b)

Daß K. in seiner Tätigkeit als Hilfsschreiber eine nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt hat, ist außer Streit und kann auch nicht zweifelhaft sein. Denn da er außer reinen Abschreibearbeiten auch nicht mechanische Dienste, wie die Führung des Mahnregisters, die Ausfüllung von Zahlungsbefehlen in Urschrift u. dgl. zu leisten hatte, so war er zweifellos ein Bureauangestellter, der nicht mit lediglich mechanischen Dienstleistungen befaßt war. Das Oberschiedsgericht hat in ständiger Rechtsprechung Hilfsschreiber mit ähnlichen Obliegenheiten für versicherungspflichtig erklärt.

Es kommt daher nur in Frage, ob auf die Tätigkeit als Hilfsschreiber die Bundesratsverordnung vom 30. September 1916 Anwendung finden kann. Dies ist in Übereinstimmung mit dem Rentenausschuß zu verneinen. Denn die Voraussetzungen der Bundesratsverordnungen liegen insoweit, als die Zeit nach dem Kriege in Betracht kommt, nicht vor. Es ist nicht zutreffend, wie das Schiedsgericht annimmt, daß K. nach dem Kriege voraussichtlich eine „an sich" versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausüben wird. Richtig ist freilich, daß er voraussichtlich nach dem Kriege in nicht allzu ferner Zeit nach bestandener Gerichtsschreiberprüfung in die Stellung eines Aktuars und demnächst auch eines etatsmäßigen Gerichtsschreibers einrücken wird. Er wird also aller Voraussicht nach dann im preußischen Staatsdienst eine Stelle bekleiden, in der ihm Versicherungsfreiheit gemäß § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gewährleistet ist. Trotzdem aber ist diese Tätigkeit im Staatsdienst eine „an sich" nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte und zwar nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 daselbst versicherungspflichtige. Der Umstand, daß sie wegen Vorliegens der besonderen Voraussetzungen des § 9 versicherungsfrei ist, ändert nichts daran, daß sie als eine „an sich" versicherungspflichtige im Sinne der Bundesratsverordnung vom 30. September 1916 zu gelten hat. Das Oberschiedsgericht hat bisher auch nur solche Beschäftigungen als „an sich" versicherungspflichtig im Sinne dieser Verordnung nicht angesehen, die im Ausland, also außerhalb des Geltungsgebiets des Versicherungsgesetzes für Angestellte oder bei einem Ehegatten ausgeführt werden; zu vgl. die Sachen Brunner und Schweppe — P. 322/16 und P. 288/16 —. Dagegen hat das Oberschiedsgericht für „an sich versicherungspflichtig" im Sinne der Verordnung solche Beschäftigungen angesehen, die wegen eines 5000 ℳ übersteigenden Jahresarbeitsverdienstes der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht unterliegen; zu vgl. die Sache Haeger — P. 141/16 —. Daß das Oberschiedsgericht in dieser letzteren Entscheidung grundsätzlich, wie das Schiedsgericht annimmt, habe zum Ausdruck bringen wollen, daß lediglich die Überschreitung der Verdienstgrenze von 5000 ℳ als eine die an sich bestehende Versicherungspflicht nicht beseitigende Tatsache anzusehen sei, ist nicht zutreffend. Vielmehr hat bisher das Oberschiedsgericht noch keine Stellung zu der Frage genommen, ob und welche andere Tatsachen, ob insbesondere die unter den Voraussetzungen der §§ 9, 10 des Versicherungsgesetzes für Angestellte eintretende Versicherungsfreiheit für das Bestehen oder Nichtbestehen „der Versicherungspflicht an sich" im Sinne der mehrerwähnten Bundesratsverordnung von Bedeutung sind. Wenn man berücksichtigt, daß es sich bei der Verordnung um eine Ausnahmevorschrift handelt und daß diese Ausnahmevorschrift nur unter bestimmten Voraussetzungen Beschäftigungen während des Krieges, die an sich nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte zweifellos versicherungspflichtig sind, für versicherungsfrei erklären wollte, so wird man diese Kriegsvorschrift eng auslegen müssen. Daran wird auch die Erwägung nichts ändern können, daß auf diese Weise Personen, die voraussichtlich nach dem Kriege aus der Versicherung herausfallen werden, für eine während des Krieges ausgeübte, an sich unter das Versicherungsgesetz für Angestellte fallende Tätigkeit unter die Versicherung fallen, obwohl ihnen die Hauptwohltaten des Gesetzes, insbesondere der Anspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten voraussichtlich nicht zufließen werden. Ganz ohne Bedeutung würde aber auch für sie die Versicherung nicht sein; insbesondere würde ihnen unter Umständen das Heilverfahren zugute kommen können.

Sprechsaal.

Versicherungspflicht und Kriegsbeschädigte.

(Ein Vorschlag.)

Ernst und entschlossen werden wir nun bald darangehen, das durch den Krieg erschütterte Wirtschaftsleben wieder aufzubauen und die Wunden zu heilen, die der Krieg dem Volkskörper geschlagen hat. Daran wird auch die soziale Krankenversicherung in reichem Maße Anteil nehmen müssen und wollen. Von vornherein ist darauf Bedacht zu nehmen, daß sie, als der mächtige Förderer der **Volksgesundheit**, das Vertrauen nicht verliert, das sie jetzt mit der breiten Masse des Volkes verbindet. Das ist aber nur möglich, wenn schon jetzt energische Maßnahmen getroffen werden, um soziale Härten und Mißstände, die sich für die Kriegsteilnehmer und besonders die Kriegsbeschädigten ergeben haben, zu vermeiden und zu bekämpfen. Wenn auch in dieser Richtung schon eine ganze Reihe segensreicher Verordnungen ergangen ist, so bleibt doch noch viel zu tun übrig. Es ist da besonders eine Frage, die uns in der praktischen Fürsorgetätigkeit für **kriegsverletzte Industriearbeiter** fast täglich **entgegentritt und dringend der Lösung** bedarf. Das ist die: **Wie vermeidet man es, daß die**

Versicherungspflicht für die Kriegsbeschädigten ein Hemmnis bedeutet, nach der Entlassung aus dem Heeresdienst eine angemessene Beschäftigung zu finden?

Das Gesetz vom 4. August 1914, betreffend die Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 334, ArbVers. S. 567) in Verbindung mit der Bek. vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49, ArbVers. S. 104) und der Bek. vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279, ArbVers. S. 801) ermöglicht dem vor dem Kriege versicherungspflichtigen Kriegsteilnehmer und damit auch dem Kriegsbeschädigten, deren Mitgliedschaft bei der Krankenkasse nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen ist, den Wiedereintritt in die Krankenversicherung binnen 6 Wochen nach der Rückkehr in die Heimat. Wenn nun auch der Begriff „Rückkehr in die Heimat" nach der Entsch. des RVA. 2105 Amtl. Nachr. 1915 S. 736, ArbVers. S. 821 sehr weit gefaßt wird, — er liegt dann vor, wenn der Kriegsteilnehmer für längere Zeit zurückkehrt und infolgedessen in der Lage ist, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen (vgl. auch ArbVers. 1916 S. 534) —, so zeigt sich doch in der Kriegsbeschädigtenfürsorge, daß in vielen Fällen der Kriegsbeschädigte zunächst eine längere Zeit nach der Rückkehr in die Heimat braucht, um sich mit seinem Leiden abzufinden und sich zu dem Entschlusse zur Wiederaufnahme werktätiger Arbeit durchzuringen. In sehr vielen Fällen verstreicht die Ausschlußfrist, ehe der Kriegsbeschädigte überhaupt daran denkt, irgendwelche Beschäftigung aufzunehmen. Kenntnis von der Vorschrift hat er in der Regel nicht. Für diese Kriegsbeschädigten und die vielen anderen, die vor dem Kriege noch keiner Kasse angehörten, und die infolge des Krieges und seiner Begleiterscheinungen so in ihrer Gesundheit geschwächt sind, daß die Gefahr einer baldigen Belastung der Kasse besteht, ist es nun in sehr vielen Fällen schwer, eine Beschäftigung zu finden. Die Arbeitgeber scheuen sich, ihre Betriebskrankenkassen mit diesen schlechten Risiken zu belasten. Der einzige Weg, diese Kriegsbeschädigten noch unterzubringen, ist, gemäß § 173 der RVO., die Befreiung von der Versicherungspflicht zu beantragen. Sehr oft wird diese auch als Bedingung für die Einstellung vom Arbeitgeber gefordert.

Es soll hier nicht erörtert werden, ob diese Zurückhaltung der Arbeitgeber wegen der ungewöhnlichen Belastung der Krankenkassen, insbesondere der Industriezentren begründet ist oder nicht, und ob die Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 173 RVO. in diesen Fällen rechtlich irgendwie anfechtbar oder doch wegen der Möglichkeit mißbräuchlicher Härte bedenklich ist (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 854 Anm., 1917 S. 326, 1918 S. 117 Ziff. 3); wir müssen nur mit der Tatsache rechnen und überlegen, welche Mittel anwendbar sind, zu verhindern, daß durch die Versicherungspflicht die Arbeitsbeschaffung für die beschränkt arbeitsfähigen Kriegsverletzten, besonders der an inneren Leiden erkrankten, so schwer wird, daß sie zu einem öffentlichen Notstand führt. Die Erlasse des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 11. Dezember 1915 (HMBl. S. 389, ArbVers. 1916 S. 81) und des Bayer. Ministeriums des Innern vom 22. Dezember 1915 (Bayer. Staatszeitung Nr. 301), die zur strengen Beachtung der Voraussetzungen des § 173 RVO. auffordern, bringen uns jedenfalls keinen Schritt vorwärts. Zu begrüßen ist nur, daß durch diese Verfügungen verhindert werden soll, den Kriegsbeschädigten mit der öffentlichen Armenpflege in Berührung zu bringen, was natürlich unter allen Umständen vermieden werden sollte. Im übrigen schaffen sie jedoch keine Abhilfe, sondern vergrößern eher noch die Arbeitsnot; denn die Arbeitgeber werden sich daraufhin auch noch nicht veranlaßt sehen, ihre Betriebskrankenkassen mit Kriegsbeschädigten zu belasten.

Es fragt sich, wie hier wirksam zu helfen ist. Zunächst ist dringend zu fordern, daß die Ausschlußfrist von 6 Wochen erheblich, vielleicht auf 6 Monate, heraufgesetzt wird. Und weiterhin ist zu erwägen, ob etwa durch einen gesetzlichen Zwang, Kriegsbeschädigte ohne ärztliche Untersuchung einzustellen und in die Betriebskrankenkassen aufzunehmen, etwas erreicht würde. Meines Erachtens würde das nicht den gewünschten Erfolg haben. Die Arbeitgeber würden dann nur noch mehr Zurückhaltung in der Einstellung Kriegsbeschädigter üben als bisher, es sei denn, daß man ganz allgemein zu einem gesetzlichen Einstellungszwang Kriegsbeschädigter überhaupt käme. Es ist möglich, daß sich dies letztere bei der großen Anzahl Kriegsbeschädigter und der großen Schwierigkeit, sie unterzubringen, nicht wird umgehen lassen, aber zu einer so rigorosen Maßnahme wird man sich auch besonders schon im Interesse der Kriegsbeschädigten nur sehr schwer und nur in letzter Linie verstehen.

Eine wirksamere Abhilfe wäre es meines Erachtens, alle Kriegsbeschädigten, bei denen die Gefahr einer baldigen Belastung der Kasse vorliegt, bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu versichern. Tatsächlich hat man dies in manchen Fällen auch, in allerdings rechtlich nicht einwandfreier Weise, dadurch erreicht, daß der Kriegsbeschädigte zunächst irgendeine unständige versicherungspflichtige Arbeit annahm und bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse versichert wurde. Nach 6 Wochen schied der Mann aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus, versicherte sich gemäß § 313 RVO. weiter und die Betriebskrankenkasse fand sich daraufhin unter dieser Voraussetzung der Weiterversicherung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse bereit, den Kriegsbeschädigten einzustellen. Die betreffenden Betriebskrankenkassen waren in diesen Fällen natürlich von der Unzulässigkeit dieser Maßnahme (zu vgl.. ArbVers. 1915 S. 367) nicht genügend unterrichtet und vor der Allgemeinen Betriebskrankenkasse wurde verschwiegen, daß der Kriegsbeschädigte eine neue versicherungspflichtige Arbeit aufgenommen hatte.

Diese oben angeführte Regelung wird sicher nur eine vorübergehende Erscheinung in der Krankenversicherung sein. Aber aus dem Leben als Notbehelf entstanden, kann sie uns die Anregung geben, dem tatsächlich bestehenden Notstande in der Weise abzuhelfen, daß man eine gesetzliche Regelung herbeiführt, nach der sich alle Kriegsbeschädigten, die ungünstige Risiken bei der Betriebskrankenkasse bilden würden, bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse versichern können. Es muß natürlich in diesen Fällen ein Ausgleich für diese übermäßige Belastung der Allgemeinen Krankenkasse geschaffen werden. Billigerweise müßten die den Krankenkassen aus dieser Regelung erwachsenden Mehrkosten dem Reich als Militärfiskus aufgebürdet werden. Man könnte einwenden, bei derartiger Regelung könnten doch auch die Betriebskrankenkassen die Kriegsbeschädigten aufnehmen und die Mehrkosten vom Reiche zurückfordern. Das ist gewiß möglich. Aber praktisch würde es da wieder so kommen, daß die Arbeitgeber schon deshalb Zurückhaltung in der Einstellung solcher Kriegsbeschädigten üben würden, weil möglicherweise Schwierigkeiten bei dem Rückgriff auf den Militärfiskus entstehen würden. Eine ganz neutrale Stelle, wie die Allgemeine Ortskrankenkasse, würde da meines Erachtens am geeignetsten sein.

Diese vorgeschlagene Regelung würde sich auch sehr gut in die bevorstehende Neugestaltung des Militärversorgungsrechtes eingliedern lassen, wenn diese, vielfachen Wünschen folgend, eine Annäherung an die bürgerliche Unfallversicherung bringen würde; denn dann würde die Krankenkasse gegenüber dem Militärfiskus etwa dieselbe Stellung einnehmen, wie jetzt gegenüber den Trägern der Unfallversicherung (vgl. ArbVers. 1917 S. 73 ff., 208). Aber bis zum Abschluß dieser Neuordnung des Militärversorgungsrechtes kann man mit der angegebenen Regelung nicht warten. Abhilfe tut schon jetzt dringend not.

Wohlers,
Gerichtsreferendar u. Hilfsarbeiter b. d. Fürsorgestelle f. kriegsverletzte Industriearbeiter, Gleiwitz.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der „Versicherungsverein Deutscher Krankenkassen", über dessen Gründung wir im Jahrg. 1918 Heft 25 S. 495 berichtet haben und dessen Aufgabe es ist, den bei ihm versicherten Kassenangestellten und deren Hinterbliebenen Zusatzrenten zu sichern, die gegebenenfalls zusammen mit den Bezügen aus der Invaliden- oder Angestelltenversicherung eine den Pensionen der staatlichen Beamten gleichkommende Versorgung zu gewähren, ist vom Aufsichtsamt für Privatversicherung unterm 16. November 1918 zum Geschäftsbetrieb im Deutschen Reiche zugelassen worden (§§ 2, 4, 70 Ges. über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901, RGBl. S. 139).

Abführung von vier Fünfteln der Arbeitgeberbeiträge an Ersatzkassen.

Der Bundesrat hat beschlossen, auf Grund des § 518 Abs. 1 RVO. mit Wirkung vom 1. Oktober 1918 an widerruflich anzuordnen, daß die Krankenkassen an die Kranken- und Sterbekasse des Handlungsgehilfen-Vereins in Breslau von 1774 (Ersatzkasse) die bei ihnen für deren Mitglieder nach § 517 Abs. 2 RVO. eingehenden Beitragsteile der Arbeitgeber zu vier Fünfteln abzuführen haben (Bek. des Reichskanzlers vom 6. November 1918, ZentrBl. f. d. Deutsche Reich Nr. 44 S. 1120). — Zu vgl. frühere Verzeichnisse solcher Ersatzkassen in ArbVers. 1914 S. 868, 1915 S. 404, 1916 S. 837.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

a) Anrechnung der Zeit eines Heilverfahrens auf die Zeit des Krankengeldbezugs. b) Bedeutung einer Entscheidung über die Versicherungspflicht.

1. **Nach Hartha.** Antwort: a) Nach Ihren Angaben hat der Versicherte bereits für 26 Wochen ununterbrochen Krankengeld bezogen; denn die Zeit, für welche die Krankenkasse gemäß § 1518 Abs. 2 RVO. der Versicherungsanstalt als Ersatz für die Kosten des Heilverfahrens das Krankengeld gezahlt hat, ist dem Versicherten als Bezugszeit im Sinne des § 183 RVO. anzurechnen. Der Versicherte ist also ausgesteuert und hat bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld, wenn er von neuem so erkrankt, daß er arbeitsunfähig geworden wäre, falls er es nicht schon vorher gewesen wäre. Zu vgl. Entsch. des RVA. 2190, ArbVers. 1916 S. 472.

b) Die von Ihnen angeführte Entscheidung des RVA. 2392 trifft den Fall Ihrer Anfrage nicht. Es kommt aber nicht darauf an. Denn wenn das RVA. entscheidet, daß Personen, die in gewisser Weise beschäftigt sind, der Versicherungspflicht unterliegen, so hat das nicht die Bedeutung, daß hierdurch die Versicherungspflicht erst begründet, sondern nur, daß diese Pflicht festgestellt, der Zweifel hieran beseitigt wird. Die in Frage kommenden Personen waren also vom Beginn ihres Beschäftigungsverhältnisses kranken- und invalidenversicherungspflichtig. Die Beiträge sind daher, soweit sie nicht verjährt sind, nachzuentrichten. Hinsichtlich der Verjährung kommt für die Kriegszeit die Bek. vom 2. Dezember 1916 (ArbVers. 1916 S. 852) in Betracht. Hinsichtlich der Beiträge zur Invalidenversicherung ist außerdem § 1442 RVO. zu beachten.

Krankenpflege außerhalb des Kassenbezirks.

2. **Nach Düsseldorf.** Antwort: Die von Ihnen aufgestellten „Grundsätze" enthalten Richtiges und Falsches durcheinander. Zu bemängeln ist daran besonders folgendes: Die Kasse kann allerdings nach § 368 RVO. die Bezahlung anderer Ärzte als des Kassenarztes, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen. Entsprechendes gilt unter den Voraussetzungen des § 375 Abs. 1 hinsichtlich der Bezahlung der von anderer Seite, als von den mit der Kasse in Verbindung stehenden Apotheken, gelieferten Arzneien und nach § 371 hinsichtlich der Bezahlung anderer Krankenhäuser. Dabei sind aber die Grundsätze vom Erfüllungsorte für die Verpflichtung in der Krankenkasse nicht außer acht zu lassen. Dieser Erfüllungsort ist zwar regelmäßig der Kassenbezirk (vgl. RVA. in ArbVers. 1916 S. 154), ausnahmsweise aber auch ein Ort außerhalb des Kassenbezirks, wenn er der Beschäftigungsort oder der Wohnort des Versicherten ist (zu vgl. die Entscheidungen bei Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 10a zu § 182 RVO.). Es ist

nicht richtig, wenn Sie annehmen, daß als Erfüllungsort nur derjenige Wohnort mit in Betracht komme, den der Versicherte „bei Eingehung des Versicherungsverhältnisses“ gehabt hat. Eine solche Einengung der Bewegungsfreiheit läßt sich aus dem Gesetze nicht rechtfertigen. Insbesondere für die erwerbslos Ausgeschiedenen, denen die Kasse noch Leistungen aus § 214 RVO. zu gewähren hat, und für die nach § 313 Weiterversicherten würde die Anwendung des von Ihnen aufgestellten Grundsatzes oft zu recht unbilligen Härten führen. Hinsichtlich der Weiterversicherten ergibt sich die Unrichtigkeit des Grundsatzes ja auch schon aus § 193 Abs. 3, der gerade darauf beruht, daß diese Personen oft in die Lage kommen, ihren bisherigen Aufenthaltsort zu verlegen, dann aber doch Anspruch auf Krankenpflege oder auf Geldersatz dafür haben sollen. Hat nun der Versicherte nach den oben erwähnten Grundsätzen an einem Ort außerhalb des Kassenbezirks Anspruch auf die Leistungen der Krankenpflege, so bedeutet das, daß die Kasse ihm dort ärztliche Behandlung, Heilmittel oder auch Krankenhauspflege, nötigenfalls unter Zuhilfenahme der §§ 219 ff., bereitzustellen hat, auch wenn ein dringlicher Fall nicht vorliegt. Es ist also nicht richtig, wenn die Kasse grundsätzlich annimmt, daß bei den an einen Ort außerhalb der Kasse verziehenden Versicherten in der Regel nur die erste ärztliche Beratung und Verordnung als dringender Fall anzuerkennen und nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung zu bezahlen sei und daß, wenn vom Beginn der Krankheit an Transportfähigkeit besteht, überhaupt kein Anspruch auf Bezahlung der nicht mit der Kasse in Verbindung stehenden Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser bestehe, dem Versicherten vielmehr nur anheimgegeben sei, sich in die Behandlung eines Kassenarztes zu begeben.

Krankenkassenbeamte als Stadtverordnete.

3. Rheinprovinz. Frage: Im Jahrgang 1915 S. 48 Ziff. 14 erteilen Sie die Auskunft, daß ein Beamter der Krankenkasse Mitglied der Gemeindevertretung werden dürfe. Ich bitte um Auskunft: a) Darf der Beamte einer Krankenkasse, dem auf Grund des § 359 RVO. die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind, das Amt eines Stadtverordneten übernehmen (es kommt eine Großstadt der Rheinprovinz in Frage), ohne daß er die Genehmigung des Kassenvorstandes oder des die Dienstaufsicht führenden Oberbürgermeisters eingeholt hat? b) Wie hat er sich zu verhalten, wenn er zur Teilnahme an den Sitzungen der Stadtverordnetenversammlung oder zu Kommissionssitzungen während der Dienststunden seinen Dienst nicht versehen kann? Es wird hierbei bemerkt, daß der Beamte ja nur unter das Regulativ fällt. Für die Angestellten der betreffenden Kasse sieht die Dienstordnung vor, daß bei der Ausübung unbesoldeter öffentlicher Ehrenämter die Bezüge weiter gewährt werden müssen. — Das Regulativ enthält über die Fragen unter a und b nichts.

Antwort: Das preuß. Kommunalbeamtengesetz vom 30. Juli 1899 schreibt nicht vor, daß ein gemeindlicher Beamter zur Übernahme eines Ehrenamts einer Genehmigung bedürfe. Das gilt also auch für einen Krankenkassenbeamten, dem die Rechte und Pflichten eines gemeindlichen Beamten übertragen sind. Aber aus diesen Pflichten folgt von selbst, daß der Beamte die ehrenamtliche Tätigkeit hinter die Erfüllung der Pflichten des Hauptamtes zurückzustellen hat, und daß ihm die Wahrnehmung seiner ehrenamtlichen Geschäfte untersagt werden kann, wenn sie mit der Erfüllung seines Hauptberufes unverträglich ist. Das braucht ihn nicht schlechthin zu hindern, an Sitzungen in Ausübung des Ehrenamts während der Dienststunden im Hauptamt teilzunehmen, wenn für gehörige Vertretung gesorgt werden kann. Anzeige an den Vorstand wird in solchen Fällen, wie bei sonstiger Behinderung (z. B. durch Krankheit) geboten oder mindestens sachgemäß sein, damit die gehörige Wahrnehmung der Amtsgeschäfte gesichert ist. Daß der Beamte durch eine solche Verhinderung an der Dienstleistung keine Einbuße an seinen Dienstbezügen erleiden kann, folgt ohne Bestimmung im Regulativ schon aus § 616 BGB.

Erneute Erkrankung an demselben Leiden.

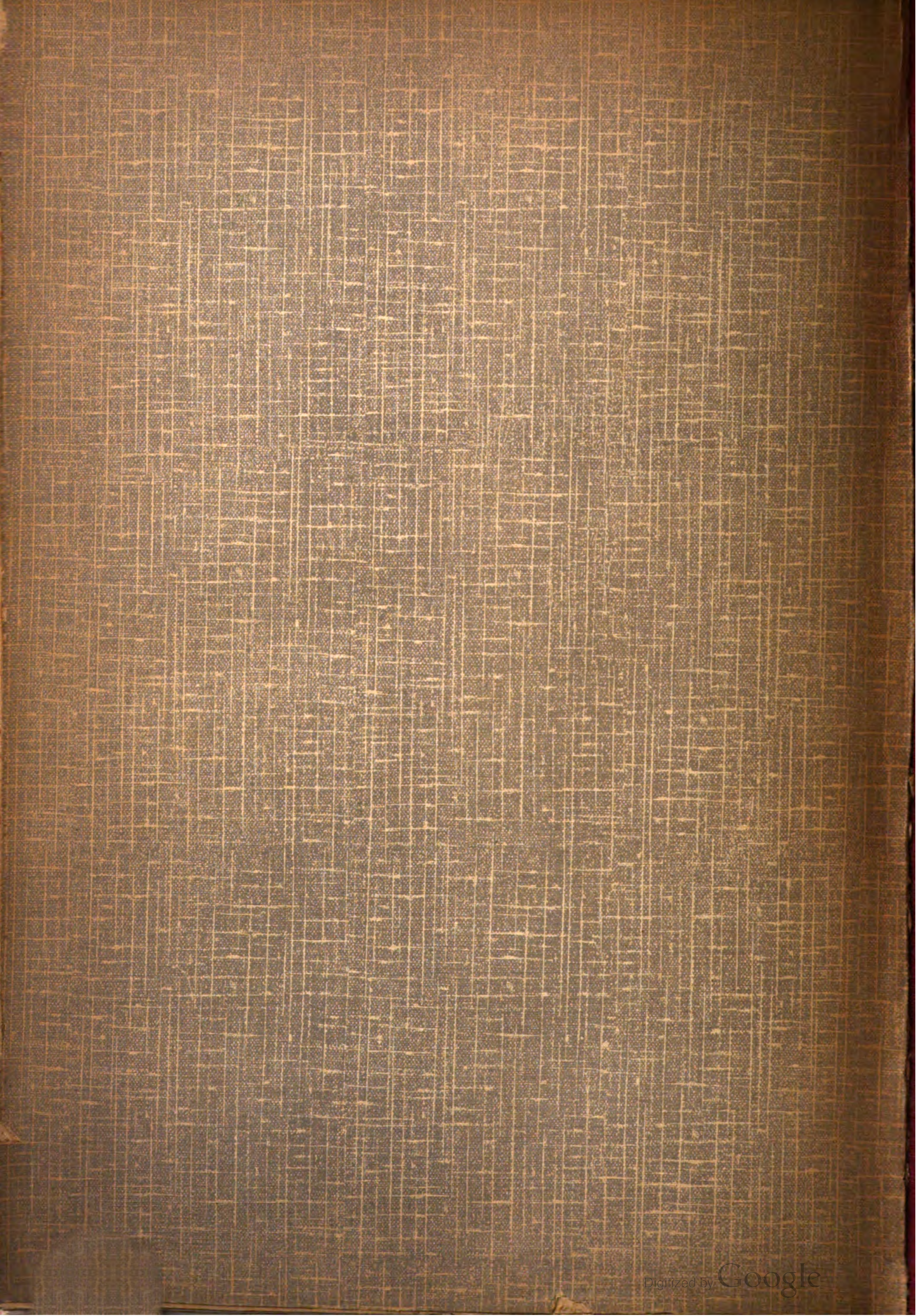
4. Nach Hamborn. Antwort: Wenn vom Ende der Unterstützungsdauer bis zur abermaligen Inanspruchnahme der Kasse der Versicherte weder der Krankenpflege bedurfte, noch arbeitsunfähig war, so begann mit der erneuten Erkrankung ein neuer Versicherungsfall, für den Anspruch auf Kassenleistungen besteht. Doch würden, da die Krankheitsursache dieselbe ist, nur die Regelleistungen, und zwar nur für 13 Wochen zu gewähren sein, vorausgesetzt, daß die Satzung eine entsprechende Vorschrift enthält (§ 188 RVO.).

Berechnung von Ersatzansprüchen der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft (§§ 1501, 1503, 1510, 1511 RVO.).

5. Nach Darmstadt. Antwort: a) Bei Berechnung des Anspruchs der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft ist nach § 1503 Abs. 2 RVO. für den Unterhalt im Krankenhause die Hälfte des Grundlohns anzusetzen — selbstverständlich für jeden Tag, an welchem der Verletzte Unterhalt im Krankenhaus empfangen hat, nicht nur für solche Tage, für die er von der Krankenkasse Krankengeld beanspruchen konnte. Das ist nach der Fassung des § 1503 Abs. 2 — im Unterschiede z. B. von § 1518 Abs. 2 — ganz zweifelsfrei.

b) Wenn die Berufsgenossenschaft vom Beginn der 14. Woche ab Krankenpflege und Rente gewährt, so hat die Krankenkasse von da ab bis zum Ablauf der 26. Woche dem arbeitsunfähigen Verletzten zwar das satzungsmäßige Krankengeld zu gewähren (§ 1501 Abs. 1 RVO.), kann aber hierauf die Unfallentschädigung anrechnen, soweit für die Kasse im Falle des § 1501 wegen dieser Krankengeldleistung ein Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung begründet wäre. Ein solcher Ersatzanspruch ist nach § 1501 mit § 1506 nur begründet bis zum halben Betrage der Rente, die auf die Zeit vom Beginn der 14. bis zum Ablauf der 26. Woche entfällt. Hierbei macht es selbstverständlich keinen Unterschied, ob die einzelnen Tage Krankengeldtage sind oder nicht. Das kommt nur in Betracht für die der Kasse gegenüber dem Verletzten obliegende Leistung, deren Gesamtbetrag, je nach der Satzung, nur unter Berücksichtigung der Krankengeldtage berechnet wird; hiervon wird dann der halbe Betrag der Rente für die entsprechende Zeit ohne Unterscheidung zwischen Krankengeldtagen und anderen Tagen abgezogen. Entsprechend ist im Falle des § 1511 zu verfahren.

Verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S 14




UNIVERSITY OF CHICAGO
097 344 217